from the Author

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU DIAGNOSTIC DES DIFFÉRENTES FORMES DE MÉNINGITE CÉRÉBRALE AIGUË ET TUBERCULEUSE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Le Dr Montagu LUBBOCK,

De la Faculté de Paris,
Bachelier en médecine de l'Université de Londres,
Licencié du Collége Royal des médecins de Londres,
Membre du Collége Royal des chirurgiens,
Ancien élève des hôpitaux de Paris.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31.

1879

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAITRE

LE PROFESSEUR BÉHIER

Souvenir de gratitude.

DU DIAGNOSTIC

DES DIFFÉRENTES FORMES

DE MÉNINGITE CÉRÉBRALE AIGUE ET TUBERCULEUSE

INTRODUCTION. — HISTORIQUE. DIVISION DU SUJET.

L'étude du diagnostic de la méningite cérébrale aiguë et tuberculeuse est une des questions les plus difficiles, non-seulement à cause de la ressemblance de la méningite avec les autres maladies de l'encéphale, mais encore parce que ses symptômes peuvent se montrer dans plusieurs maladies dans lesquelles ni le cerveau, ni les méninges ne sont atteints.

Il nous a semblé, d'un autre côté, que l'opinion générale n'était pas définitivement arrêtée sur certaines particularités de cette question et que la maladie qui nous occupera peut encore être l'objet d'une étude intéressante.

Telles sont les idées qui nous ont conduit à aborder ce travail.

Mais quelle signification devons-nous donner au mot diagnostic?

« Le diagnostic, dit Chomel (1), est cette partie de la pathologie qui a pour objet la distinction des maladies. Distinguer une maladie, c'est la reconnaître toutes les fois qu'elle existe, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, c'est constater aussi qu'elle n'existe pas toutes les fois que d'autres maladies se montrent avec des symptômes qui ressemblent aux siens. »

Nous ne pouvons mieux faire que de nous conformer à ces vues et de les appliquer au cas particulier de la méningite aiguë et tuberculeuse.

Ceci posé, disons quelques mots de l'historique de la question :

A partir d'Hippocrate, les auteurs appliquent le nom de phrénitis à toutes les inflammations du cerveau ou des méninges, ainsi qu'aux délires sympathiques qui dépendent d'une lésion du cœur, des reins ou d'un autre organe.

Au commencement du siècle dernier on a commencé à parler de l'hydrocéphalie aiguë, et on s'est bientôt aperçu que cette hydrocéphalie coïncidait souvent avec des tubercules pulmonaires ou mésentériques. En 1768 Robert Whytt (2) publia ses remarques célèbres sur l'hydrocéphalie; mais jusqu'en 1780 l'épanchement ventriculaire a été considéré comme le phénomène essentiel de la maladie. Quin (3) remarqua qu'il y avait de la congestion cérébrale arrivant quelquefois jusqu'à l'inflammation et produisant parfois l'hydrocéphalie concomitante. Le Dr E. Ford (4) pensait que l'inflammation de la pie-mère, du cerveau ou

(1) A.-F. Chomel. Eléments de pathologie générale, p. 421.

(2) On the dropsy in the brain.

(3) Treatise on the dropsy of the brain. Dublin, 1780, cité par Rilliet et Barthez.

(4) London medical Journal, 1er cahier, p. 56, cité par Rilliet et Barthez.

du cervelet pouvait produire l'hydrocéphalie aiguë, et depuis lors cette phlegmasie a été généralement regardée comme la condition étiologique de l'épanchement ventriculaire (1).

Quant au siége de l'inflammation, les uns le mettaient dans les lymphatiques (Brachet), les autres dans les ventricules cérébraux (Coindet), d'autres dans l'arachnoïde (Gaelis, Piorry). M. Senn (2) en démontrant, en 1825, que l'inflammation occupait les mailles de la pie-mère, donna à l'hydrocéphalie aiguë le nom de méningite (μῆνιξ, membrane). Guersant (3) ayant déjà remarqué la coïncidence de l'épanchement ventriculaire et des granulations dans les méninges, regarda les enfants hydrocéphaliques comme des phthisiques qui mourraient par le cerveau. Cependant, malgré que l'on ait observé ces granulations et des tubercules dans les autres organes, MM. Tonnelé et Papavoine (4) furent les premiers à démontrer que cette inflammation dépendait de la présence de tubercules dans les méninges et lui ont donné le nom de méningite tuberculeuse.

Quant à la méningite simple aiguë ou méningite franche, ce n'est qu'à la fin du siècle dernier qu'on a cherché à la séparer de l'hydrocéphalie aiguëe, et Hopfengartner (5) a été le premier à distinguer ces deux formes de méningite. Rilliet et Barthez croient cependant être les premiers à décrire la méningite franche des enfants et appuient leurs

(1) Ainsi s'expliquent les noms divers de la maladie : Hydropisie des ventricules du cerveau, hydrocéphale active, etc.

(2) Rilliet et Barthez, Maladie des enfants, t. III, p. 447.

(3) Dict. de médecine, t. XIX, p. 392.

(4) Journal hebdomadaire, t. VI, p. 113, 1830. A. Grisolle. Pathologie interne, t. II, p. 503. Dict. encyclop. des sciences médicales, art. Méninges, p. 579.

(5) Untersuchungen über die Gehirnwassersucht. Stuttgard, 1802 § 12, cité par Rilliet et Barthez.

assertions sur des faits. D'après eux, plusieurs auteurs contemporains (1854) ne font aucune distinction entre ces deux maladies. On pourrait du reste dire la même chose aujourd'hui à propos des symptômes.

Les auteurs divisent la méningite cérébrale en deux espèces :

A. *Méningite simple.* — Lorsque « les produits de l'inflammation consistent en exsudation séro-fibrineuse, en formation purulente ou en néoplasie conjonctive (1). » Elle comprend trois formes :

1. Méningite aiguë, avec ses divisions (traumatique, métastatique, etc.).

2. Méningite chronique, maladie fréquente chez les déments, mais peut être produite aussi par la tuberculose pulmonaire, la syphilis ou l'alcoolisme.

3. Méningite épidémique ou typhus cérébro-spinal.

On pourrait diviser aussi la méningite cérébrale d'après le siége de l'inflammation, en méningite de la convexité et méningite basilaire ; M. Ramskill (2) a décrit les variétés suivantes de la maladie.

A. — Méningite simple.	1. Variété aiguë.		
	2. Variété chronique.		
B. — Méningite tuberculeuse.	I. Chez l'enfant	*a.* Primitive.	1. De la base.
			2. De la convexité.
		b. Secondaire.	
	II. Chez l'adulte.		

M. Huguenin (3) décrit six variétés tirées de l'étiolo-

(1) Nouv. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XXII, p. 149.

(2) System of medicine. Reynolds, vol. II, art. Méningite.

(3) Encyclopædia of the practice of medicine, vol. XII, article Méningite.

gie et du siége de la phlegmasie : 1. méningite tuberculeuse ; 2. méningite basilaire simple; 3. méningite de la convexité produite par une cause inconnue ; 4. méningite de la convexité, produite par des inflammations de voisinage ; 5. méningite métastatique; 6. méningite traumatique.

Nous nous bornerons à l'étude du diagnostic de la méningite aiguë avec ses différentes variétés (métastatique, traumatique, etc.) et de la méningite tuberculeuse. Pour les étudier le plus complètement on ne peut pas s'empêcher de tenir compte de l'âge du malade ; ainsi la méningite aiguë simple est fréquente chez le nouveau-né ét chez les très-jeunes enfants, la méningite tuberculeuse chez les enfants de 2 à 7 ans. La forme phrénétique ou comateuse de la méningite franche se montre dans la seconde enfance (de 5 à 15 ans.)

Quoique plus rare chez l'adolescent, la méningite tuberculeuse peut encore être observée à cet âge ; d'après M. Huguenin, la méningite basilaire simple se montre encore affectant presque entièrement les ouvriers et celle de la convexité qui se trouve surtout chez les individus en bonne santé. Ces deux maladies seraient produites par une cause inconnue quoique parfois elles soient attribuées à l'insolation ou au refroidissement.

Les méningites qui dépendent d'une inflammation de voisinage, du traumatisme, et la méningite métastatique ont lieu à tout âge. Chez le vieillard la méningite cérébrale aiguë est très-rare et présente une marche plus lente ; les phénomènes réactionnels qui la caractérisent sont moins accusés qu'aux autres périodes de la vie. Pour ces raisons, nous parlerons d'abord de la méningite aiguë chez le nouveau-né et chez les jeunes enfants. Nous passerons ensuite aux maladies qui, tout en ayant des points

de contact avec la méningite doivent en être distinguées. Nous résumerons dans le tableau suivant les maladies que nous devons envisager, au point de vue du diagnostic :

1° Méningite franche des enfants.

1. Convulsions sympathiques ou essentielles.
2. Hémorrhagies méningées.
3. Pneumonie lombaire aiguë des nouveau-nés.
4. Fièvre intermittente.
5. Encéphalite suppurée.

2° Méningite tuberculeuse.

Prodromes et 1re période.

1. Hydrocéphalie aiguë.
2. Maladie hydrocéphaloïde de Marshall Hall.
3. Thrombose des sinus de la dure-mère.
4. Dentition difficile.
5. Troubles digestifs.
6. Fièvre typhoïde, typhus, variole, scarlatine.
7. Pneumonie.
8. Tuberculose des autres organes.

2e et 3e période.

1. Encéphalite.
2. Infection purulente.
3. Tubercules du cerveau et les autres tumeurs cérébrales.

3° Méningite chez l'adulte.

1. Variété tuberculeuse.
2. Méningite basilaire simple.
3. Méningite de la convexité produite par une inflammation de voisinage.
4. Méningite métastatique.
5. Méningite de la convexité produite par une cause inconnue.
6. Méningite traumatique

A. Maladies cérébrales.
1. Encéphalite.
2. Tumeur cérébrale.
3. Coma épileptique.

B. Maladies générales.
1. Fièvre typhoïde.
2. Typhus.
3. Pneumonie compliquée de symptômes cérébraux.
4. Rhumatisme articulaire aigu compliqué de symptômes cérébraux.
5. Alcoolisme aigu ou chronique.
6. Urémie.

4° Enfin chez le vieillard la méningite aiguë peut être surtout confondue avec la dothiénentérie.

CHAPITRE PREMIER.

DU DIAGNOSTIC DE LA MÉNINGITE FRANCHE DANS LA PREMIÈRE ET DANS LA SECONDE ENFANCE.

Lorsque les symptômes de la méningite franche, qui est la variété la plus fréquente chez les jeunes enfants (Rilliet et Barthez, (1) Guersant, Laveran (2), sont bien nets dès le début, le diagnostic ne présente pas de grandes difficultés. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et souvent ces cas sont fort embarrassants pour le clinicien. En effet, les symptômes ne présentent pas toujours les mêmes caractères ; d'un autre côté la symptomatologie de la maladie se rapproche quelquefois de celle d'autres affections, et si nous ajoutons à tout cela la difficulté de l'examen chez les jeunes enfants, on comprendra combien de méprises peuvent être éprouvées dans le diagnostic de la méningite aux premiers âges de la vie.

Aussi nous passerons en revue les symptômes qui se se présentent, en insistant sur la valeur diagnostique qui leur appartient.

La fièvre se présente avec un caractère presque invariable. Elle est intense (Bednar, Rilliet et Barthez) dès le début, le pouls battant de 132 à 160 fois par minute (3), chose importante, car dans presque toutes les maladies fébriles son intensité est progressive.

(1) Rilliet et Barthez, t. I, p. 127. M. Bouchut cependant pense que même dans la première enfance la méningite tuberculeuse est plus fréquente. Mal. des nouveau-nés, p. 183.

(2) Dict. encyclopéd. des sciences médicales, 2e série, 1873. Art. Méninges, p. 635.

(3) D'Espine et Picot. Maladies de l'enfance, p. 187.

Les convulsions sont ordinairement générales, plus rarement partielles; elles se répètent fréquemment, et sont intenses et de longue durée. Pendant l'intervalle qui sépare les accès convulsifs, il y a de l'assoupissement, et plus tard du coma, et en même temps du strabisme, du trismus, de la raideur des muscles cervicaux postérieurs, de l'hémiplégie, de la contraction des pupilles, peuvent être observés. Le regard est fixe. La fontanelle est saillante, et le siége de pulsations énergiques, tandis que les vomissements et la constipation manquent souvent. Les convulsions sont le symptôme le plus frappant, le plus caractéristique de cette maladie, et puisqu'elles se produisent avec la plus grande facilité chez les enfants, nous dirons quelques mots des différentes causes qui les produisent, et de leurs caractères distinctifs. On peut diviser les causes des convulsions en cinq variétés ; elles peuvent avoir lieu :

1° Quand une maladie cérébrale, un exanthème ou une maladie aiguë se déclarent.

2° Quand il existe déjà une maladie du cerveau ou de ses membranes.

3° Quand il y a une condition de mauvaise santé, soit du rachitisme, soit de la diarrhée, soit une tout autre cause affaiblissante.

4° Quand une cause temporaire telle qu'une alimentation trop abondante, de la diarrhée, des vers intestinaux existe.

5° Quand la cause est inconnue ; dans ces cas on appelle les convulsions essentielles, éclamptiques.

1° Quand une maladie aiguë ou un exanthème débute par des convulsions, surtout dans le cas de scarlatine maligne, le diagnostic peut être difficile, même impossible. (Voyez le cas cité par M. Bouchut dans le Nouv. Dict. de méd. et de chirur., tome XXII, p. 180.)

Dans les autres fièvres éruptives, la pneumonie, l'amygdalite, l'érysipèle, etc., cette difficulté peut aussi se présenter.

M. Bouchut fait la remarque que les mêmes symptômes peuvent se montrer dans ces pseudo-méningites et dans la méningite vraie, et qu'il n'y a que la marche de la madie qui pourra éclairer le diagnostic. Une maladie cérébrale, une tumeur compliquée de congestion, ou des tubercules cérébraux, peuvent produire les mêmes convulsions et peuvent être ainsi méconnus au début. La marche de la la maladie servira encore à faire le diagnostic.

2° La deuxième variété sera reconnue par le fait que la maladie est plus chronique, et que la céphalalgie, les vomissements et les symptômes paralytiques se présentent ordinairement pendant des semaines ou des mois avant les convulsions.

3°-4° Quand les convulsions sont produites par le rachitisme, une alimentation grossière, de la diarrhée, etc., il n'y a ni fièvre, ni assoupissement, ni désordre nerveux pendant les intervalles des accès, et la constatation de la cause qui les a produits expliquera les symptômes.

5° Sur les convulsions essentielles, on peut faire les mêmes observations par rapport aux intervalles des accès.

Ainsi le début d'une maladie aiguë, surtout de la scarlatine maligne, ou de la pneumonie (dont nous parlerons bientôt), peut surtout être confondue avec cette forme de méningite, et souvent la marche de la maladie donnera à elle seule le moyen d'établir le vrai caractère de l'affection qui se présente. (Bouchut.)

Phénomènes oculaires. — La méningite franche, en produisant la compression de la veine ophthalmique, peut

amener dans les vaisseaux de l'orbite et des paupières une stase sanguine qui donne aux téguments une coloration livide, produit de l'œdème, de l'exophthalmie et simule le phlegmon de l'orbite. Un cas de ce genre a été observé par M. le Dr Camuset dans le service de M. Archambault, à l'hôpital des Enfants. Les phénomènes oculaires se montrèrent successivement aux deux yeux, le petit malade étant déjà dans le coma, et l'autopsie fit reconnaître une méningite suppurée, généralisée, sans trace de tubercules (1).

Rilliet et Barthez (2) font reposer le diagnostic de la méningite franche sur les symptômes suivants :

1° La répétition fréquente de convulsions générales.

2° L'assoupissement pendant l'intervalle des accès et parfois la contraction des pupilles ou l'hémiplégie.

3° L'accélération de la respiration sans lésion pulmonaire.

4 L'absence de phlegmasie viscérale ou de fièvre éruptive.

Nous avons vu cependant que la grande difficulté du diagnostic est de reconnaître cette absence de phlegmasie viscérale et de fièvre éruptive, et qu'elle peut être insurmontable.

Hémorrhagies méningées. — On peut observer deux variétés d'hémorrhagies méningées chez les jeunes enfants, l'hémorrhagie sus-arachnoïdienne et la pachyméningite.

L'hémorrhagie sus-arachnoïdienne n'existe guère que chez les nouveau-nés, étant une cause fréquente d'apoplexie au moment de la naissance, l'enfant étant mort-né

(1) Camuset. Communication écrite.
(2) Ibid., p. 117.

ou mourant peu de temps après. La prostration, la somnolence, la respiration imparfaite s'observent d'abord, et ces symptômes sont bientôt suivis de convulsions, du coma, et de la mort.

On a décrit aussi des hémorrhagies méningées sus-arachnoïdiennes chez les jeunes enfants de 1 à 3 ans, mais en lisant l'histoire de la maladie et ses caractères anatomiques on trouve qu'il s'agit plutôt de la pachyméningite (1), dont nous allons parler maintenant.

La pachyméningite, ou inflammation chronique et hémorrhagique de la dure-mère, n'est pas rare dans les trois premières années de la vie, produisant des symptômes presque identiques à ceux de la méningite franche.

Les mêmes convulsions répétées au début, la même fièvre intense, la même absence de vomissements et de constipation, et l'assoupissement entre les accès convulsifs s'observent dans les deux cas. Il y a cependant un symptôme qui sert à distinguer ces deux maladies, c'est la contracture permanente des pieds et des mains que M. Legendre (2) a signalée comme étant caractéristique de la pachyméningite.

Pneumonie lobaire franche des nouveau-nés. — Cette maladie chez les enfants à la mamelle peut débuter par des symptômes qui se confondent avec ceux de la méningite aiguë. Des convulsions répétées et accompagnées d'un accès fébrile se présentent dans les deux maladies, et si ce fait est oublié la maladie pulmonaire peut être méconnue. Les moyens diagnostiques seront considérées avec plus de

(1) Legendre. Maladies de l'enfance. Mémoire sur les hémorrhagies dans la cavité de l'arachnoïde, p. 118 et 120. Dict. encyclop. des sciences médicales. Art. Méninges.

(2) Ibid., p. 113.

détail quand nous parlerons du diagnostic de la méningite tuberculeuse, mais on peut observer que chez les enfants à la mamelle, la toux, la fréquence de la respiration, les signes stéthoscopiques font ordinairement reconnaître le vrai caractère de la maladie. M. Bouchut (1) a observé « une convulsion subite suivie de fièvre et de gêne dans la respiration est un signe de pneumonie lobaire. »

Fièvre intermittente. — La fièvre intermittente pourrait être confondue dans le jeune âge avec la méningite. Le stade de froid souvent n'existe pas (Griesinger) (2), et l'accès débute par de l'agitation, de la fièvre qui dans les formes graves sont accompagnées de convulsions, de dilatation des pupilles, et parfois on observe de la somnolence. La nature de la fièvre sera établie par la présence de fièvre intermittente dans le pays, ou par le fait que le malade a déjà eu cette maladie, par l'état apyrétique qui a lieu après, par la tuméfaction de la rate, et par l'action de la quinine. L'absence de photophobie, des contractures et de paralysies locales (Jaccoud) (3) serviront encore à distinguer cette maladie de la méningite. M. Archambault (4) a observé la ressemblance de la fièvre dans la méningite tuberculeuse avec celle de la fièvre intermittente, disant que le type fébrile peut être « tellement rapproché de celui de la périodique qu'on a donné le sulfate de quinine avec quelque chance de succès. »

Encéphalite suppurée. — L'encéphalite suppurée s'observe parfois chez l'enfant même du premier âge (5). Quoique la cause puisse être inappréciable, l'abcès du cerveau

(1) Bouchut. Maladies des nouveau-nés, p. 344.
(2) Maladies infectieuses, Griesinger, 1877, p. 7.
(3) Ibid., p. 181.
(4) Dict. encyclop. des sciences médicales, art. méninges, p. 546.
(5) D'Espines et Picot. Mal. de l'enfance, p. 210.

est produit dans la plupart des cas soit par une otite, soit par une lésion traumatique. Trois périodes s'observent chez l'enfant comme chez l'adulte : une période qui semble résulter de la congestion cérébrale, pendant laquelle l'abcès se forme ; une période de rémission pendant laquelle les symptômes sont latents, et une période terminale, caractérisée par de symptômes cérébraux et qui aboutit à la mort. Ainsi dans la première période la fièvre, la céphalalgie, les vertiges, les nausées, les vomissements, et parfois du délire, de la contracture ou des convulsions peuvent se montrer. La période de rémission lui succède, pendant laquelle la santé peut paraître parfaite ; dans d'autres cas la paralysie ou la contracture persiste, ou il survient de la céphalalgie intermittente.

Après cette rémission, qui ne manque que rarement chez les enfants, la troisième période s'observe. Cette période, terminale, qui semble dépendre d'une méningite ou d'une encéphalite qui complique l'affection, est caractérisée par la fièvre, la céphalalgie qui se montrent encore, les vomissements, le délire, et des convulsions suivies du coma et de la mort.

Le diagnostic peut se faire par les commémoratifs, une otite ou une lésion traumatique ayant existé avant l'apparition des symptômes, par la marche de la maladie et surtout par la période de rémission qui démontre que les symptômes ne sont pas produits par une méningite seule. Quand les deux premières périodes manquent, ce qui peut arriver, la maladie débute par les accès convulsifs, la fièvre, etc., de la troisième période, produits par une méningite ou encéphalite terminale ; alors le diagnostic d'un abcès sera impossible.

Les observations suivantes sont des exemples d'encépha-

lite suppurée chez deux enfants âgés de 3 ans, et de 2 ans 3 mois.

Observation I.

Otite. Abcès du cervelet. Mort. Autopsie.

J. G., âgé de 3 ans 4 mois, dans le service de M. le D[r] Taylor à l'hôpital Evelina, Londres. Entrée à l'hôpital le 3 mai 1879.

L'enfant était apporté à l'hôpital par sa mère souffrant de paralysie faciale du côté gauche, et présentant un écoulement purulent par l'oreille du même côté.

Ses parents sont vivants et jouissent d'une bonne santé. Son frère aîné est mort à l'âge de 5 mois, de convulsions; il lui reste encore un frère et trois sœurs qui jouissent d'une bonne santé.

L'enfant s'est bien porté pendant les deux premières années de la vie. A l'âge de 2 ans il a eu la scarlatine, qui était suivie de la coqueluche, et l'année suivante de la rougeole. Après cette dernière maladie sa mère observait l'écoulement purulent de l'oreille gauche. Dans le mois d'avril de cette année, la paralysie faciale se déclara du côté gauche.

Quand il a été admis à l'hôpital, la paralysie faciale persistait de ce côté, l'enfant ne pouvait plus fermer l'œil, la lèvre était abaissée et les muscles étaient entièrement immobiles. La tête était renversée en arrière et l'oreille gauche était le siége d'un écoulement purulent. La pupille gauche était contractée, la pupille droite étant dilatée. Rien d'anormal n'était entendu ni au poumon, ni au cœur.

L'enfant était somnolent, des mouvements agités ayant lieu pendant son sommeil, et il poussait des cris et des gémissements assez fréquemment. Il n'y avait pas de fièvre.

Le 4 mai. Dans la même condition, la somnolence, les gémissements continuant comme hier. L'écoulement se fait toujours par l'oreille gauche, et la rétraction des muscles du cou, la paralysie faciale existent toujours.

Traitement. — Du mercure (5 centigram.) avec de la craie préparée (10 centigram.) trois fois par jour.

Le 5 mai. La cornée du côté gauche commence à s'ulcérer. Il n'y a pas d'autre changement excepté que l'enfant est devenu plus somnolent, et que les mouvements agités sont moins marqués. L'écou-

lement par l'oreille continue. La somnolence se convertissait en coma pendant l'après-midi. P. 148. T. 38. Resp. 20.

Le 6. L'enfant mourut à 6 heures du matin.

Autopsie. — De la méningite basilaire. Il y avait un exsudat fibrineux dans l'intérieur de l'espace interpédonculaire. Il y avait aussi un abcès du cervelet qui remplissait le lobe gauche de cet organe, et qui était entouré d'une membrane limitante. Du pus sortait par le conduit auditif interne, de sorte qu'il est probable que l'inflammation s'étendait au cervelet par contiguité, et de là au quatrième ventricule et au côté gauche de la protubérance annulaire et au tronc du nerf facial. Le nerf trijumeau était détruit du côté gauche.

Les autres organes paraissaient sains.

Observation II.

Abcès du cerveau. Méningite. Méningite rachidienne. Mort. Autopsie.

R. D., âgée de 2 ans 3 mois, est entrée le 7 mai 1879, dans le service de M. le Dr Taylor, à Guy's Hospital, Londres.

Elle a des parents qui jouissent d'une bonne santé de même que ses frères et sœurs. Elle n'a eu aucune maladie jusqu'au 16 avril, époque à laquelle elle était subitement prise de vomissements après avoir fait un repas.

Le soir du même jour elle devenait irritable et maussade et la tête se renversait en arrière, et l'enfant ne put pas dormir de la nuit. Pendant une semaine, elle a présenté les mêmes symptômes qui sont devenus plus intenses.

Elle s'est améliorée sous l'influence du traitement, mais il survenait de la céphalalgie, et l'irritabilité ne cessa pas d'exister. Pendant la semaine dernière la même irritabilité s'est observée, et parfois l'intelligence a semblé atteinte. Il existait de la constipation. Les vomissements ne se sont répétés qu'hier.

La mère nous dit avoir remarqué un amaigrissement marqué et rapide, et des poussées de rougeur, mais pas de paralysie ou de strabisme.

Quand elle fut apportée à l'hôpital, son visage était rouge, et elle paraissait très-amaigrie, la peau étant plus ou moins plissée; l'abdomen n'était pas retracté.

Il y avait une toux sèche et fréquente, mais l'auscultation et la percussion n'indiquaient rien d'anormal dans la poitrine. L'enfant était irritable, criant maussadement quand on la touchait. Il n'y avait ni du strabisme, ni de l'inégalité des pupilles. Au moyen de l'ophthalmoscope on ne trouvait rien d'anormal au fond de l'œil. La tète était renversée en arrière.

La tache cérébrale n'était pas bien marquée, ne se présentant que longtemps après la compression, et la rougeur n'était pas très-accentuée. La langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, et l'enfant était somnolent, mais elle comprend plus ou moins ce que l'on lui dit, et pousse des cris plaintifs parfois, surtout quand on la touche. T. 37. P. 140 régulier. Resp. 30. Soir, T. 37,4.

Traitement. De l'iodure de potassium.

L'enfant restait trois semaines à l'hôpital pendant lesquels elle ne présentait que peu de changements. La tête était toujours renversée en arrière, le pouls variait de 120 et 140 par minute, la respiration de 12 à 24, n'étant irréguliers ni l'un ni l'autre, la température de 36,6 à 37,6, les pupilles se contractaient à l'approche de la lumière ; la tache cérébrale était parfois plus marquée. La constipation persistait, étant vaincue parfois au moyen de l'huile de ricin. De petites pustules se formaient sur la peau, une derrière la cuisse droite, une sur l'avant-bras du même côté, et l'autre sur la peau de la joue, et disparaissaient en laissant des croûtes.

29 mai. La tête est plus renversée et la contracture paraît affecter les muscles dorso-lombaires. La malade est plus somnolente, et la tache cérébrale plus marquée. Pas de vomissements. La constipation persiste.

Le 30. Pas de changement. Très-somnolent. P. 140. Resp. 30. T. 37,1.

Le 31. Elle refuse toute nourriture. Le pouls est très-faible, presque imperceptible. L'auscultation et la percussion ne montrent rien d'anormal dans la poitrine.

L'abdomen est rétracté. Tache cérébrale bien marquée. P. 140. T. 38,1. Resp. 70.

Elle succomba tranquillement le soir.

Autopsie. — Le crâne étant ouvert, il s'est échappé plusieurs cuillerées de sérosité limpide contenant quelques gouttes de pus. La convexité du cerveau paraissait saine. Dans le lobe occipital du côté gauche, il y avait un abcès d'un diamètre d'environ 6 centim.

Dans le cervelet du même côté il y avait un kyste à peu près de la même grandeur. La base du cerveau paraissait saine à sa partie antérieure, de même que les scissures de Sylvius ; mais la face inférieure du cervelet et de la moelle allongée était recouverte d'un exsudat fibrineux. Les ventricules latéraux étaient distendus dans la corne postérieure par de la sérosité mélangée de pus jaunâtre. La voûte à trois piliers et le septum lucidum étaient ramollis. On ne voyait nulle part de granulations. *Moelle épinière.* Des exsudats fibrineux se trouvaient sous les méninges dans les régions dorsale et lombaire. Les méninges de la région cervicale et la moelle épinière paraissaient saines quoique la couleur de la substance grise semblât un peu foncée. Pas de tubercules dans les méninges ou dans la moelle.

Les poumons, le cœur, les ganglions bronchiques, la rate, les reins et le foie paraissaient sains.

Avant de parler de la méningite tuberculeuse, nous dirons quelques mots de la deuxième variété de méningite franche qui se montre chez les enfants, c'est-à-dire, la forme phrénétique ou comateuse qui survient de 5 à 15 ans.

La maladie est ordinairement aiguë comme la variété convulsive, ressemblant plus ou moins à la forme irrégulière de la méningite tuberculeuse qui survient surtout chez les individus qui sont déjà atteints de la tuberculose. Elle présente comme caractères distinctifs, que :

1° (1) Les constitutions les plus robustes sont plus particulièrement exposées à la méningite franche, l'insolation étant selon Guersant une cause fréquente de la maladie.

2° Il n'y a ni de tuberculose dans la famille, ni d'antécédents scrofuleux chez le malade.

3° Il n'y a pas de période prodromique, la maladie débutant subitement par une céphalalgie intense accompagnée

(1) Rilliet et Barthez. Mal. des enfants, vol. I, p. 128.

de fièvre, de vomissements, de constipation, et le premier, le deuxième, ou au plus tard le troisième jour l'intelligence est affectée.

Le grincement des dents, les contractures, les mouvements convulsifs et les autres symptômes nerveux qui se présentent dans la première période de la méningite tuberculeuse peuvent s'observer, et si la mort n'arrive pas pendant cette période de la maladie, elle peut présenter la même marche, et les mêmes irrégularités que cette affection.

La difficulté sera donc de distinguer la forme comateuse de la méningite franche de la variété tuberculeuse, ce qui pourra se faire dans la plupart des cas au moyen des indications que nous avons signalées au commencement de ce paragraphe.

Les autres maladies avec lesquelles la forme phrénétique de la méningite franche peut se confondre, seront étudiées en faisant le diagnostic différentiel de la forme tuberculeuse.

CHAPITRE II.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

Avant de passer à l'étude du diagnostic différentiel de cette maladie, nous allons rappeler les symptômes que l'on a regardés comme caractéristiques de la méningite tuberculeuse.

I. *Période prodomique.* — Les symptômes les plus caractérisques de cette période qui semblent produits par la

tuberculose générale plutôt que par la maladie cérébrale sont l'amaigrissement (Rilliet et Barthez) (1), le changement de caractère, et, s'ils existent, la céphalalgie, les vomissements qui ne sont pas précédés de nausées, et indépendants de l'alimentation, et la constipation. Le pouls pendant cette période est sans altération, ou il peut être accéléré ou ralenti (Rilliet et Barthez) (2), selon que la tuberculisation générale ou la maladie cérébrale prédominent. M. Archambault (3) a trouvé que la température de cette période est constamment élevée, surtout à sa fin, quoiqu'elle ne « dépasse jamais beaucoup 39° » (3). M. Jaccoud observe que l'amaigrissement pendant cette période est apyrétique (4). L'opinion de Rilliet et Barthez paraît plus raisonnable que l'accélération du pouls dépend de ce que le tuberculose générale l'emporte sur la maladie cérébrale, plutôt que de la présence de cette dernière affection.

II. *Première période.* — Les symptômes que l'on doit considérer sont les suivants :

1° La céphalalgie presque toujours frontale, le symptôme constant du début, est importante par rapport au diagnostic, non-seulement à cause de son intensité, mais aussi à cause de sa durée. Ainsi dans les maladies qui s'accompagnent de délire (fièvre typhoïde, typhus, etc.), la céphalalgie cesse ordinairement avant le commencement du délire tandis que dans la méningite elle persiste (5).

2° *Troubles digestifs.* La langue humide, blanchâtre ou

(1) Ibid., t. III, p. 476.
(2) Ibid., p. 490.
(3) Dict. encyclop. des sciences médicales, art. Méninges, p. 597.
(4) Ibid., p. 223.
(5) Murchison. Treatise on continued fevers, p. 224.

jaunâtre au centre, très-rarement recouverte d'un enduit épais, l'absence de soif, même parfois une aversion pour les boissons à cause peut-être des nausées qu'ils excitent.

Les vomissements, qui souvent ne sont pas provoqués par les aliments, se faisant par simple régurgitation, qui paraissent ordinairement le deuxième ou troisième jour, et ne durent que deux ou trois jours. Sur leur valeur, « tous les auteurs, depuis Robert Whytt, sont unanimes comme signe indicateur de la méningite » (Rilliet et Barthez) (1).

La *constipation* opiniâtre qui souvent coexiste ajoute à sa valeur diagnostique.

3° *Fièvre* (a). *Pouls.* Green, et Rilliet et Barthez (2) disent qu'au début de la méningite le pouls est plus souvent ralenti ou normal qu'accéléré, le pouls accéléré étant produit plutôt par la tuberculisation générale qui coexiste. Même dans ce cas il est très-rare qu'il ne se ralentisse pas du quatrième au septième jour. (Rilliet et Barthez.)

M. Jaccoud (3) dit que la fièvre est souvent bien caractérisée pendant cette période, et qu'elle présente des exacerbations pendant le soir ; que le pouls est irrégulier, présentant des phases d'accroissement et d'atténuation. Ainsi sa fréquence est au-dessus de la normale, et « il bat pendant une heure ou deux 100, 120, 140 fois à la minute, puis il retombe subitement à 100 ou même à 80 ; de plus il n'est jamais bien rhythmé l'intervalle qui sépare les pulsations n'étant pas toujours égal. » M. Archambault (4) dit que le pouls s'élève depuis le début jusqu'à la fin de la première période,

(1) Ibid., p. 497.
(2) Ibid., p. 490.
(3) Ibid., p. 224.
(4) Ibid., p. 598.

(b) *Température*. Rilliet et Barthez (1) observent que « la chaleur » débute en général avec l'accélération du pouls à laquelle elle correspond.

Roger, au contraire (2), était frappé de l'inconstance des résultats thermométriques, ne pouvant pas expliquer cette absence de régularité.

Wunderlich (3) dit que la température peut se maintenir un peu au-dessus de la normale, ou qu'elle peut monter aux degrés fébriles de la fièvre typhoïde. M. Archambault (4) a démontré que la température est toujours plus élevée que la moyenne, quoiqu'elle « ne dépasse pas beaucoup 39°, et qu'elle n'est pas sujette à des oscillations aussi considérables que celles présentées par le pouls en 24 heures. » Il trouva que la marche de la température suivait celle du pouls, mais qu'elle était plus fixe et que ces oscillations étaient moins brusques et moins amples. M. Jaccoud (5) confirme les résultats de M. Archambault, disant cependant que les conclusions d'un observateur si judicieux que Roger ne doivent pas être passées sous silence.

Respiration. La respiration n'est pas changée, ne présentant pas les altérations qni s'observent dans la période d'oscillation.

Les autres symptômes plus ou moins caractéristiques qui s'observent pendant cette période sont les suivants :

Un regard d'étonnement, d'indifférence ou d'hostilité.

Les cris hydrencéphaliques signalés par Whytt, et sur lesquels Coindet et Trousseau ont insisté, ces cris d'angoisse sont plaintifs, ressemblant « à la clameur d'un indi-

(1) Ibid., p. 493.
(2) Mal. de l'enfance, 1872, t. I, p. 320.
(3) De la température dans les maladies, p. 399.
(4) Ibid., p. 597.
(5) Ibid., p. 147.

vidu surpris par un grand danger.» (Trousseau) (1).

La tache cérébrale ou méningitique sur laquelle Trousseau (2) a encore insisté, les alternatives de pâleur et de coloration, et la teinte rouge qui se provoque facilement. Des secousses musculaires dans les membres, du strabisme, des contractures et de la diplopie, la contraction des pupilles, l'oscillation convulsive des pupilles (Odier) (3), l'hyperesthésie de la peau, le grincement des dents, le mâchonnement, des accès de somnolence peuvent encore s'observer, ainsi que la photophobie, la sensibilité aux bruits, et la diminution de l'urine. -

III. *Deuxième période.* — Période d'oscillation, de rémission.

Les symptômes caractéristiques de la maladie qui se montrent pendant cette période sont les suivants :

1° *La céphalalgie* semble persister quand il est possible de s'assurer de son existence.

2° *Troubles digestifs.* Les vomissements cessent ordinairement, mais la constipation persiste. La rétraction du ventre, qui selon Gœlis est un des caractères les plus précieux pour distinger le typhus de cette maladie, s'observe de deux à cinq jours avant la mort, cessant quelquefois un ou deux jours avant que le malade succombe.

3° *Fièvre. — Pouls.* Du quatrième au septième jour de la maladie, le pouls ordinairement se ralentit, tombant à 60, 50, 40 par minute. Il devient inégal dans le volume et irrégulier dans le nombre de battements ; des pulsations fortes et amples étant remplacées par d'autres qui sont petites et faibles. Le pouls peut vibrer comme une corde de basse, et ses pulsations semblent ordinairement s'exécuter

(1) Clin. médicale, t. II, p. 296.

(2) Ibid., p. 288.

(3) Mémoire sur l'hydrocéphale interne, cité par Rilliet et Barthez Lubbock.

avec promptitude (Dance), étant séparées par des intervalles nets et tranchés. M. Archambault (1) observe « qu'il n'est pas de maladie où les variations et les caractères du pouls aient plus d'importance qu'ici », et M. le professeur Sée (2) a tout dernièrement insisté sur la valeur de ce ralentissement comme moyen diagnostique, surtout en distinguant la méningite vraie de la fausse méningite des maladies fébriles. Le tracé sphygmographique montrant un pouls sans dicrotisme et présentant des dentelures dans la ligne de descente à son origine (Siredey) est encore à noter.

Température. Rilliet et Barthez (3) disent que la chaleur pendant cette période offre les plus grandes différences, qu'elle est tantôt vive et que tantôt elle s'abaisse. M. Roger parle aussi de l'inconstance des observations thermométriques, mais il observe « que la diminution considérable de la chaleur intermédiaire à deux périodes d'augmentation est chez les enfants le signe pathognomonique de la phlegmasie des méninges » (4). M. Archambault démontre que la température suit la marche du pouls, mais que les oscillations sont moins considérables. Ainsi elle descend à la moyenne physiologique pendant cette période. Il observe encore que s'il existe de la tuberculisation générale, la température souvent ne s'abaisse pas, quoique le pouls se ralentisse et que cette dissociation met « sur la voie de quelque travail inflammatoire surajouté à la tuberculose » (5).

Respiration. La respiration se ralentit, devenant irrégulière, entrecoupée par de soupirs tristes et profonds, et

(1) Ibid., p. 596.
(2) Union médicale, 31 mai 1879.
(3) Ibid., p. 493.
(4) Ibid., p. 326.
(5) Ibid., p. 599.

présentant plus tard des suspensions momentanées se prolongeant pendant quelques secondes.

IV. *Troisième période.* — Les symptômes les plus importants de cette période sont les suivants :

Fièvre. Pouls. Pendant cette période le pouls s'élève à une hauteur qui excède celle de la première période, c'est-à-dire à 140, 160, 180 devenant petit et régulier. Les deux ou trois jours qui précèdent la mort, les pulsations deviennent de plus en plus nombreuses, et l'accélération est continue.

Température. Rilliet et Barthez (1), et Roger (2) disent que la chaleur augmente d'ordinaire pendant cette période. M. Archambault dit que la température s'élève brusquement, atteignant une élévation supérieure de beaucoup à celle du début et de toute la première période (40° à 40°,5). Elle peut cependant s'abaisser pendant cette période. MM. Despines et Picot (3) confirment ces résultats thermométriques.

Respiration. La respiration peut être irrégulière et lente jusqu'à la mort (Jaccoud) (4). Souvent cependant elle s'accélère mais pas au même degré que les pulsations du cœur (Rilliet et Barthez) (5).

Les autres symptômes à observer sont les suivants :

Le délire, qui existe surtout de 9 à 10 heures du soir, et à 3 ou 4 heures du matin (Jaccoud) (6), étant remplacé par la somnolence pendant le jour, la somnolence, les convulsions locales ou générales, les contractures, la céphalalgie, le clignotement des paupières, la fixité du regard, l'anesthésie peuvent encore s'observer.

(1) Ibid., p. 493.
(2) Ibid., p. 326.
(3) Mal. de l'enfance, p. 196.
(4) Ibid., p. 249.
(5) Ibid., t. III, p. 495.
(6) Ibid., p. 239.

Des paralysies fugitives ou permanentes se montrent, les paralysies permanentes paraissant résulter, soit des foyers de ramollissement, soit de l'apoplexie capillaire, soit de tubercules cérébraux au niveau des ganglions cérébraux (Rendu) (1), ou peut-être d'une altération inflammatoire ou nécrobiotique des centres moteurs corticaux (Jaccoud) (2). Leur tendance à rester localisée, leur peu d'intensité et leur fugacité, et le fait qu'elles succèdent souvent à des convulsions unilatérales semblent démontrer parfois cette origine. L'apparence de méditation pendant laquelle des mouvements automatiques se font (l'action de gratter continuellement sur les draps, de remuer les doigts, de tourner la tête alternativement à droite et à gauche, etc.), la sensibilité émoussée ou perdue, le mâchonnement et les grincements des dents, les cris cérébraux, l'incontinence d'urine ne sont pas sans valeur diagnostique. M. Dreyfus (3) ne regarde pas le grincement des dents et le màchonnement qui se présentent dans cette période comme étant de la même importance que ceux qui s'observent dans la période prodomique tandis que la langue est propre et humide, et qu'il regarde comme spéciaux à la méningite tuberculeuse basilaire. Les cris plaintifs, prolongés de la deuxième et troisième périodes, sont cependant regardés par cet auteur comme plus caractéristiques de la maladie que les cris violents entendus à son début. Les doigts sont souvent pliés dans la paume de la main, recouvrant le pouce qui est également fléchi. Rufz (4) a regardé ce symptôme comme très-caractéristique de la méningite tuberculeuse (Archambault. — Obs. III),

Phénomènes oculaires. — On observe de la photophobie,

(1) Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse.
(2) Ibid., p. 237.
(3) Thèse de Paris, 1879, p. 73.
(4) Ibid., p. 608.

du resserrement pupillaire suivi de dilatation, de l'inégalité des pupilles, du ptosis, du strabisme, et de la paralysie des muscles oculo-moteurs. Il reste à parler des phénomènes ophthalmoscopiques, auxquels quelques auteurs attachent une importance capitale.

La connexion entre la circulation cérébrale et rétinienne et le fait que les maladies du cerveau étaient souvent accompagnées de changements dans les vaisseaux de la rétine et de la papille, qui pouvaient être reconnus au moyen de l'ophthalmoscope, ont été depuis longtemps observés par Von Græfe, et d'autres observateurs, mais ce n'est que depuis peu que l'on a parlé des changements observés pendant la méningite. En France, M. Bouchut, et en Angleterre, M. Clifford Allbutt, ont surtout étudié ces changements, tandis que les tubercules de la choroïde furent spécialement étudiés par M. Cohnheim.

Les altérations observées dans la rétine sont considérées comme étant d'une importance capitale par rapport au diagnostic de la méningite par MM. Bouchut et Allbutt, et M. Allbutt avance que l'ophthalmoscope viendra peut-être à jouer, dans la méningite tuberculeuse, le même rôle que le stéthoscope joue dans la pneumonie tuberculeuse.

Selon cet auteur, deux formes d'altérations peuvent s'observer dans la rétine.

1° *Ischémie papillaire.* — Papille engorgée, étranglée (Stauungs papille).

Cet état qui le plus souvent s'observe dans la méningite, l'hydrocéphalie et les tumeurs cérébrales, est produit selon lui par la compression du sinus caverneux avec lequel les veines ophthalmiques sont en communication.

Ainsi les exsudations plastiques qui se forment dans la méningite basilaire peuvent produire cette compression, qui amène une congestion passive des veines ophthalmi-

ques, et le tronc nervo-vasculaire est étranglé par l'anneau de la sclérotique, de sorte que les veines de la papille sont surchargées de sang. Il résulte de là que le sérum du sang exsude de ses vaisseaux, et que les phénomènes de la papille étranglée se produisent.

La vision peut n'être pas diminuée ; dans d'autres cas des changements secondaires inflammatoires ou atrophiques peuvent avoir lieu et obcurcir la vision.

2° *Névrite optique.* — En second lieu, l'inflammation du nerf optique, ou névrite optique, peut se montrer dans la méningite, produite non par la compression du sinus caverneux, mais par l'extension de l'inflammation des membranes le long du nerf jusqu'à la papille (névrite descendante).

Elle peut être précédée par l'ischémie, ou coexister avec elle.

Les phénomènes observés dans l'ischémie papillaire ou dans la névrite, sont les suivants :

ISCHÉMIE PAPILLAIRE.	NÉVRITE OPTIQUE.
1. La papille est gonflée et fait saillie dans l'humeur vitrée, et cette saillie peut se voir au moyen de l'ophthalmoscope par l'examen direct comme lorsqu'on examine l'œil hypermétropique ; s'élevant brusquement d'un côté, elle s'incline graduellement de l'autre jusqu'au niveau de la rétine. La papille est transparente tant que les hémorrhagies ne la rendent pas obscure.	1. La papille est un peu gonflée, mais à un moindre degré que dans l'ischémie, et le bord abrupt perçu dans cette condition ne se voit pas. Elle n'est pas transparente, mais opaque.
2. La couleur de la papille est peu changée, et la rétine dans le voisinage de la papille est gonflée et œdémateuse. Les effusions sanguines peuvent se voir sur la papille ou autour d'elle.	2. La couleur de la papille est grise, et les mêmes hémorrhagies peuvent se voir ainsi que dans l'ischémie papillaire.

3 Les veines rétiniennes sont très-développées, et leur nombre parait augmenté. De couleur sombre, et souvent tortueuses, elles ne se rompent pas. En passant sur la rétine, des portions des vaisseaux sont peut être moins claires, mais ne sont pas entièrement cachées comme dans la névrite. Les artères sont peu ou pas changées.	3. Les veines rétiniennes sont élargies, et peuvent être de couleur sombre, et tortueuses comme dans l'ischémie. Les artères sont petites. Les vaisseaux en plongeant dans les exsudats inflammatoires sont en partie cachés par cet exsudat comme par un nuage.
4. La papille a un aspect mousseux à cause des petites veinules et des capillaires qui se distinguent plus facilement. Les vaisseaux se courbent en passant sur le contour de la papille.	4. Le contour de la papille est irrégulier et confus à cause de l'extension de l'inflammation à la rétine, qui, dans le voisinage de la papille est infiltrée d'exsudats inflammatoires. La courbure des vaisseaux qui s'observe dans l'ischémie ne se voit pas.
5. La vision n'est que rarement obscurcie, de sorte que l'ischémie peut passer inaperçue.	5. La vision est ordinairement diminuée ou perdue.

Un autre phénomène peut s'observer dans la choroïde, c'est-à-dire le développement de tubercules dans cette membrane, fait qui est presque pathognomonique de la méningite tuberculeuse. Selon M. Allbutt, ils ne se voient que très-rarement, et quoiqu'il examinât les yeux de tous les malades qui étaient atteints de cette maladie, pendant trois ans il ne les observa jamais. Il examina aussi les yeux de deux malades à l'autopsie sans rencontrer de tubercules. M. Huguenin aussi regarde leur présence comme d'une rareté extrême. M. Jaccoud (1) cependant dit qu'il les a trouvés en deux en 25 cas de cette maladie. Il les a vus comme « des points jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle environ, au nombre de un, deux ou trois et même plus, situés dans l'hémisphère postérieur de l'œil, à quelque distance de la papille, d'une teinte progressivement grisâtre sur leurs bords, qui se confondent insensi-

(1) Ibid., t. XXII, p. 245.

blement avec la choroïde... » La présence bien et dûment constatée d'un seul tubercule choroïdien donne au diagnostic de la méningite tuberculeuse une certitude absolue.

Quand la méningite tuberculeuse survient pendant le cours d'une phthisie confirmée la marche est irrégulière ; elle est ordinairement plus rapide et ressemble davantage à la forme franche. Le diagnostic reposera dans ce cas sur le fait de la tuberculose préexistante et ne sera que rarement difficile. Il ne faut pas insister sur ce que la marche de la méningite tuberculeuse primitive est souvent très-anormale ; que l'on peut observer au début de la paralysie, de l'aphasie, une perte subite de connaissance, ou du délire, etc ; que les symptômes dits caractéristiques peuvent manquer, et que si on excepte les tubercules de la choroïde, qui ne s'observent que rarement, il n'y a pas de symptôme pathognomonique ; que les désordres de l'intelligence peuvent être peu prononcés, et enfin que la multiplicité des formes dans lesquelles la maladie peut se montrer est telle que le diagnostic peut être un des problèmes les plus difficiles de la médecine clinique.

Dans les deux observations suivantes, on aperçoit comment la méningite tuberculeuse peut simuler une pneumonie ou une fièvre typhoïde.

Observation III.

Méningite tuberculeuse. Début insidieux simulant une pneumonie. Mort. Autopsie.

C. S..., âgé de 2 ans, est entré le 18 février 1879, à l'hôpital Evelina, dans le service de M. le Dr Baxter.

Ses parents vivaient encore et jouissaient d'une bonne santé. Ils avaient eu dix enfants dont l'aîné était mort de convulsions, le deuxième et le cinquième de pneumonie ; le troisième a été trois fois à l'hôpital pour une maladie pulmonaire.

Nourri par sa mère jusqu'à l'âge de 18 mois, l'enfant était fort et s'est bien porté jusqu'à l'âge de 2 ans. Il y a un mois, il souffrait de céphalalgie et un médecin diagnostiqua « fluxion de poitrine. » Il a été atteint de fièvre pendant deux semaines, d'anorexie et d'amaigrissement. Une toux ne tarda pas à se montrer qui eut la même durée que les symptômes précédents ; enfin il y eut quelques vomissements.

A son entrée à l'hôpital, il était très-amaigri ; il n'y avait pas de dyspnée. A la percussion on ne trouva rien d'anormal. L'auscultation révéla des râles sous-crépitants et de la respiration bronchiale à la partie inférieure du poumon gauche. A droite les bruits étaient normaux. P. 140. T. 38. Resp. 34.

En face des symptômes précédents on diagnostiqua une pneumonie du côté gauche.

Traitement : Cataplasme sur la poitrine. Carbonate d'ammoniaque. Lait.

Le 24. Les râles sous-crépitants ont disparu. Un nouveau symptôme attire l'attention, c'est la tendance de l'enfant à la somnolence. P. 112. T. 38,5. Resp. 40.

Traitement : Du vin, de l'huile de foie de morue.

Le 25. L'état somnolent est tellement augmenté que l'enfant ne reconnaît plus sa mère. Il y a de la constipation, en même temps que des vomissements, qui ont apparu vers le soir. Ces symptômes sont accompagnés d'un grincement de dents assez accentué. Il n'y a pas de convulsions. L'auscultation de la poitrine ne donne que des résultats négatifs. Les parois abdominales sont rétractées. P. 100, T. 38,5. Resp. 28.

Traitement mercuriel (Hydrarg. c. Cretà) et l'huile de foie de morue..

Le 27. Les vomissements et la constipation persistent de même que l'état comateux. P. 140. T. 37,5

Le 28. L'état comateux persiste mais les vomissements ont cessé. Pupilles égales et réagissant à l'approche de la lumière. Il y a de la constipation. P. 128 (irrégulier). T. 37. Resp. 44, irrégulière.

3 mars. Le coma est moins accentué. On peut provoquer les raies méningitiques qui dans ce cas sont bien nettes. Il n'y a point de paralysie. A l'examen ophthalmoscopique le contour de la papille est diffus du côté gauche. L'enfant crie quand il est touché. P. 120. T. 37.

Le 7. Toujours très-somnolent. L'enfant ne vomit plus et il peut prendre du lait et du vin. Les parois abdominales sont toujours rétractées. P. 120. T. 36,2.

Le 17. La somnolence a persisté jusqu'à aujourd'hui quand il reconnaît son père. Pas de vomissements. T. 37.

Le 28. L'enfant est resté plus ou moins somnolent, mais n'a jamais présenté de paralysie. P. 100-120. T. 37-37,5. Resp. 18-25.

Le 1er au 30 avril. Presque pas de changement. Il y a eu des alternatives de somnolence et de coma. L'émaciation a augmenté. Des vomissements se sont montrés de temps en temps. Le pouls, la température et la respiration variaient à peu près entre les mêmes limites que dans le mois de mars.

5 mai. Le petit malade est plus somnolent ; il gémit continuellement. Ses pouces sont fléchis vers la paume de la main ; les autres doigts sont aussi dans la flexion et serrés contre le pouce. P. 64, irrégulier. T. 37. Resp. 24.

Le 6. La somnolence persiste. Les doigts se trouvent dans le même état. P. 160. T. 37,5. Resp. 20.

Le 7. L'enfant est comateux. En examinant les pieds on trouve que les orteils sont fortement tordus du côté interne. Pas de paralysie. P. 120. T. 37,6.

Le 8. La tête est renversée en arrière. Tous les autres symptômes persistent. P. 160. T. 37. Resp. 28.

Le 9. Strabisme externe du côté droit. P. 112. T. 36,5. Resp. 18. Le coma a persisté jusqu'à la mort qui eut lieu à 5 heures du soir.

Autopsie. — Les circonvolutions cérébrales étaient un peu comprimées, mais les méninges qui recouvraient la convexité des hémisphères cérébraux paraissaient saines. En séparant le cerveau de la boîte crânienne, 1 litre environ de sérosité s'est échappé des ventricules. Sur le tiers postérieur de la base du cerveau la pie-mère paraissait opaque, tandis que dans le tiers antérieur, c'est-à-dire en avant du chiasma des nerfs optiques et dans les scissures de Sylvius, la membrane avait sa transparence normale. La protubérance annulaire, la moelle allongée, et la portion du cervelet qui avoisinait les organes précédents étaient recouvertes d'un exsudat gris, fibrineux, qui atteignait le plus haut degré de résistance sur le cervelet.

Le corps calleux paraissait normal. Le prolongement sphénoïdal

du ventricule latéral paraissait distendu par la sérosité. La membrane qui tapissait le ventricule latéral était recouverte de granulations. L'aqueduc de Sylvius était dilaté. Le corps strié, la couche optique, le tissu du cervelet, ne présentaient rien d'anormal.

Thorax. — Il n'y avait pas de sérosité dans les cavités pleurales. Quelques adhérences du côté droit qui semblaient anciennes. Hémorrhagies sous-pleurales sur le lobe supérieur du poumon gauche et sur le lobe inférieur du poumon droit sur les surfaces postérieures. Deux ganglions bronchiques étaient caséeux dans le médiastin postérieur, et adhérents au lobe inférieur du poumon gauche. Des tubercules caséeux s'apercevaient dans les ganglions. La matière caséeuse était molle. Les bords antérieurs du poumon gauche étaient emphysémateux.

Organes de la digestion. — Les plaques de Peyer étaient injectées et proéminentes. Les glandes solitaires étaient injectées çà et là. Le foie, la rate, les reins et le cœur ne présentaient rien d'anormal.

Observation IV.

Méningite tuberculeuse simulant une fièvre typhoïde. Mort. Autopsie.

C. C..., âgé de 6 ans, est entré le 18 avril 1875, dans le service de M. le Dr Taylor à « Guy's Hospital, » Londres.

Sa mère souffre d'ascite. Son père jouit d'une bonne santé. L'enfant a eu trois frères et deux sœurs qui sont morts en bas âge, et il lui reste une sœur qui est souvent malade. L'hiver dernier le malade eut de la bronchite, et pendant le mois de février et de mars il semblait ne pas bien se porter. Le Vendredi-Saint (le 11 avril) il paraissait plus malade, souffrant de vomissements, de la fièvre et se plaignant de douleur abdominale. Ces symptômes ne s'améliorant pas, sa mère l'a apporté à l'hôpital. L'enfant a été mal nourri. Depuis le 14 il était constipé, la constipation étant vaincue difficilement au moyen du jalap.

L'enfant est pâle, amaigri. Il n'y a pas de photophobie. Il a des sueurs profuses pendant la nuit. Le ventre est distendu et sonore à la percussion. Pas d'éruption. Il n'existe aucun symptôme de syphilis congénitale ni aux yeux ni sur la peau. Il y a de l'anorexie, les lèvres sont sèches, et la langue est recouverte d'un enduit

blanchâtre. Le malade est constipé depuis cinq jours. On ne trouve rien d'anormal ni aux poumons, ni au cœur au moyen de l'auscultation et de la percussion, mais il y a une toux sèche, fréquente. L'enfant est triste, et sans vivacité, mais son intelligence paraît normale. L'urine ne contient ni d'albumine, ni de sucre. P. 134. T. 38. Resp. 30.

Traitement. — De la quinine, et comme aliment, du lait et du bouillon. Lavement.

Pendant une semaine il n'y avait que peu de changement, la toux et les symptômes fébriles continuaient, la constipation persiste, mais l'abdomen est devenu ballonné. Pas d'éruption.

Le 28. Le malade se plaint de douleur abdominale et de céphalalgie. Pas d'éruption. Pas de tache cérébrale méningitique. Pas de vomissements. Sur la région précordiale, la matité est étendue à la deuxième côte, et jusqu'au côté droit du sternum, et sur cette région on entend un bruit de frottement. P. 130, régulier. T. 37,6. Resp. 34, régulière.

Le 29. De la diarrhée, les selles étant liquides et jaunâtres. Le bruit de frottement s'entend toujours sur la région précordiale.

1er mai. La diarrhée persiste. Lavement opiacé.

Le 14. Les symptômes fébriles ont toujours continué, le pouls variant de 100 à 140, la température de 37,8 à 39°. La température du soir ne différait que peu de celle du matin, étant parfois 1/20 plus élevée, mais ordinairement abaissée de la même quantité. Le frottement est moins distinct sur la région précordiale. Pas d'éruption, le ventre est moins ballonné.

Le 17. Le malade est somnolent, et ne veut pas qu'on le touche. P. 96. T. 38°.

Le 19. Le visage est rouge et l'enfant est toujours somnolent, mais son intelligence ne paraît pas troublée. Il crie souvent et semble souffrir de la céphalalgie, mettant souvent la main à la tête. Incontinence d'urine. Respiration rude, et des râles muqueux sur la base du poumon droit. Matin, P. 72. T. 37,1. Resp. 30. Soir, T. 38,7.

Traitement. — Par la digitale.

Le 21. Plus somnolent. Pouls irrégulier et intermittent. Du souffle tubaire sur la base du poumon droit. Sueurs profuses pendant le soir. Le muscle droit externe de l'œil du côté gauche semble atteint de parésie. Matin, P. 90. T. 37,2. Resp. 30. Soir, T. 37,3.

Le 22. Toujours somnolent. Les cris d'angoisse sont plus fréquents. Pas d'expression. Il semble exister de la parésie dans le bras du côté droit. Sensibilité normale. L'abdomen est plus rétracté. Matin, P. 80. T. 36,7. Resp. 26. Soir, T. 37,7.

Le 23. Pouls irrégulier. Pas de changement. P. 100. T. 36,7. Resp. 26. Soir, T. 38,6.

Le 24. Plus somnolent. Le pouls est très-faible. Matin, P. 120. T. 36,1, Resp. 20. Soir, T. 38,4.

Le 25. Le malade est plus somnolent et ne paraît pas comprendre ce que l'on lui dit. P. 144. T. 38,5 Resp. 36.

Le 26. Le pouls très-faible et dicrote. La face est pâle et amaigrie. Il y a de la diarrhée et les selles contiennent du sang. En place on entend des râles muqueux sur les poumons ; l'expiration est rude et ça et là il y a de la matité à la percussion. Le malade paraît être dans un état de réflexion ayant son regard fixe d'un côté ou de l'autre mais ne paraissant pas être impressionné de ce qu'il voit (1). P. 150. T. 37,4. Resp, 70. Soir, T. 38,4.

Le 27. Le malade est sans connaissance. Les yeux sont cernés. Le face est plus amaigrie, et l'abdomen est ballonné. Il y a de la carphologie, et des soubresauts des tendons. P. 170. T. 38,4. Resp. 70.

Il succombe le soir.

Autopsie. — Quand le cerveau était enlevé de la cavité crânienne on observait dans la pie-mère des granulations de chaque côté de la scissure interhémisphérique, et par place sur la face latérale des hémisphères. Il y avait çà et là des exsudats inflammatoires, surtout autour de la scissure de Rolando du côté gauche. On observait aussi des granulations le long des vaisseaux sur la base du cerveau, sur le lozange limité par les bandelettes optiques et par les pédoncules cérébraux, et le long des artères cérébrales moyennes dans les scissures de Sylvius. Il y avait des exsudats inflammatoires dans les mêmes parties, et la pie-mère semblait épaissie. La membrane ventriculaire et les plexus choroïdes paraissaient sains.

Poumons. — Quelques-uns des ganglions bronchiques étaient caséeux. Les plèvres et les deux poumons étaient infiltrés de granulations.

Cœur. — Le péricarde était adhérent au cœur et recouvert de

(1) Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., vol. XXII, p. 239.

granulations. Les valvules aortiques parassaient épaissies ; les autres valvules du cœur ètaient saines.

Reins. — La région corticale du rein gauche contenait des granulations. Le rein droit paraissait sain.

Le foie paraissait sain.

Tube digestif. — Des ulcères larges et dirigés transversalement se trouvaient dans le cæcum et dans la partie inférieure de l'intestin grêle. Dans l'appendice iléocœcal on trouvait aussi des ulcères et du pus concret. Sur le péritoine recouvrant les parties de l'intestin qui étaient élevées on trouvait des granulations.

La rate paraissait saine.

On peut observer à propos de ce malade qu'il présentait les lésions concomitantes les plus ordinaires de la méningite tuberculeuse, c'est-à-dire des tubercules dans le péritoine, les plèvres, le péricarde et le rein. Qu'il démontrait que l'hémorrhagie intestinale peut coexister avec la méningite tuberculeuse à cause des ulcères tuberculeux dans le tube digestif et que cette hémorrhagie n'est pas caractéristique de la dothiénentérie. Dans les deux ou trois derniers jours de la maladie il présentait la condition méditative sur laquelle M. Jaccoud a insisté (1) en disant : « Au bout d'un temps variable les malades tombent dans un état de calme extrêmement singulier, que l'on n'observe que dans la méningite tuberculeuse ; ils n'ont plus l'apparence de dormir, mais ils ont l'air d'être plongés dans une profonde réflexion ; ils ont les yeux ouverts, les globes oculaires immobiles, et le regard dirigé vers un objet qu'ils paraissent regarder par distraction et sans le voir, comme il arrive souvent à ceux qui, dans l'état de santé, sont soudainement absorbés par une réflexion sérieuse et qui dirigent machinalement leur regard vers un objet qu'ils ne regardent pas en réalité.

(1) Ibid., p. 239.

L'hydrocéphalie aiguë (*Hydrocephalus acutus sine tuberculis*). — Lorsqu'on eut trouvé que l'épanchement ventriculaire n'était pas le phénomène essentiel de la méningite tuberculeuse, le terme hydrocéphalie aiguë commença à perdre sa place parmi les maladies. Dans certains cas cependant on trouve encore cet épanchement ventriculaire, c'est-à-dire dans les maladies qui sont accompagnées d'hydropisies généralisées, surtout après la scarlatine. On la trouve encore dans certaines affections cérébrales (tubercules, tumeurs, etc.) et dans les cas de compression des veines qui rapportent le sang du cerveau.

L'hydrocéphalie est alors symptomatique.

L'existence de l'hydrocéphalie aiguë essentielle est incertaine quoique plusieurs exemples soient cités par divers auteurs (MM. Rilliet et Barthez, M. Bouchut). MM. Rilliet et Barthez ont dit en parlant de cette maladie (1) : « Nous ne trouvons pas remplies dans ces observations toutes les conditions... qui sont indispensables pour résoudre ce problème. L'examen des urines en particulier est indispensable, et nous appelons spécialement l'attention des médecins sur l'importance de cet examen toutes les fois qu'il existe des symptômes cérébraux chez les enfants. » M. Huguenin (3) appelle cette maladie la leptoméningite, établissant les causes qui la produisent, mais reconnaissant que les symptômes peuvent être identiques avec ceux de la méningite tuberculeuse.

Nous commencerons maintenant l'étude du diagnostic différentiel en la distinguant d'abord de la variété franche.

Méningite franche. — Cette maladie est franchement

(1) Mal. des enfants, t. II, p. 150.
(2) Encyclopedia of the practice of medecine.

aiguë, différant ainsi de la forme ordinaire de la méningite tuberculeuse. Elle s'en distingue dans la grande majorité des cas par les particularités suivantes.

Il n'y a ni prédisposition héréditaire, ni tuberculose dans la famille, ni antécédents scrofuleux (glandes engorgées, etc.) chez le malade. Il n'y a pas de période prodromique, et « les constitutions les plus robustes sont plus particulièrement exposées à la maladie » (Rilliet et Barthez), la méningite franche primitive survenant surtout chez ceux qui jouissent d'une bonne santé.

La marche est plus rapide, l'intelligence étant abolie à une période précoce de l'affection, tandis que dans la variété tuberculeuse la marche est plus lente et l'intelligence ne se perd que vers la fin de la maladie.

Le diagnostic cependant n'est pas toujours impossible :

1° A cause des circonstances dans lesquelles la maladie se montre, c'est-à-dire après une scarlatine antérieure.

2° L'hydropisie se montre dans une autre partie du corps.

3° La céphalalgie est moins prononcée ; les vomissements et la constipation manquent ordinairement (Jaccoud) (1).

4° L'albuminurie coexiste.

Maladie hydrocéphaloïde (Spurious hydrocephalus) de Marshall Hall.

Cette condition résultant de l'épuisement des puissances vitales produites par le sevrage prematuré, la diarrhée, la mauvaise alimentation ou une cause quelconque qui affaiblit les malades produit parfois des symptô-

(1) Ibid., t. XXII, p. 260.

mes semblables à ceux de la méningite tuberculeuse. Marshall Hall (1) a premièrement distingué la fausse de la vraie méningite, et ses observations ont été confirmées plus tard par Abercrombie, par Gooch et par Watson.

Deux périodes s'observent :

1° *La période d'excitation* caractérisée par l'amaigrissement, l'irritabilité, l'état fébrile, les vomissements, la sensibilité à la lumière et aux bruits, les gémissements et les soupirs qui accompagnent le sommeil, les cris plaintifs et la diarrhée.

2° *La période de dépression* caractérisée par de la somnolence, un pouls faible, des pupilles dilatées et n'agissant pas promptement sous l'influence de la lumière, et parfois des convulsions. La langueur s'accroît, le pouls devient de plus en plus faible, la sommolence se convertit en assoupissement qui est suivi du coma et de la mort.

La connaissance de cette forme de pseudo-méningite produite probablement par l'anémie cérébrale est importante parce que les symptômes ne sont pas pathognomoniques. Il faut demander l'histoire de l'enfant depuis sa naissance, à quel âge il était sevré, s'il souffre de la diarrhée, s'il vomit immédiatement après ses aliments ou quand l'estomac est vide, et seulement alors on peut penser à la méningite vraie (West) (2).

Thrombose des sinus de la dure-mère. — La thrombose des sinus cérébraux peut résulter soit d'un affaiblissement de la circulation, soit d'une phlébite. Ainsi la diarrhée des enfants, la mauvaise alimentation d'un côté, et la carie de la portion pierreuse de l'os temporal ou d'un autre os crânien, de l'autre, ou des furoncles sur la face sont les causes prin-

(1) Marshall Hall. Diseases and derangements of the nervous system. London, 1841, p. 153.

(2) Diseases of infancy and childhood, p. 100.

cipales de cette thrombose. La première variété peut produire de l'affaissement, de la somnolence et du coma, comme l'anémie cérébrale dans la maladie hydrencéphaloïde de Marshall Hall ; mais, dans cette dernière maladie, les désordres moteurs sont rares, tandis que dans la thrombose dyscrasique le spasme des muscles cervicaux postérieurs, du dos et même des muscles des extrémités sont constants. On a observé aussi du nystagmus, du ptosis, de la parésie des muscles de la face. Cet état se trouve surtout de 1 à 6 mois. Ainsi ces symptômes indiquent, selon Nothnagel (1), à cet âge une thrombose des sinus plutôt que de l'anémie cérébrale, quoique ces deux affections, le plus souvent, coexistent. Parfois les veines en dehors du crâne qui communiquent avec le sinus sont gonflées, et dans ce cas le diagnostic est plus facile. On a parlé aussi de l'épistaxis, de la transpiration exagérée sur la peau du front, du cou et de la poitrine (2) (Fritz), comme des phénomènes importants par rapport au diagnostic, ainsi que de la cyanose du visage avec dilatation des veines temporales et de l'épistaxis.

Quand le sinus latéral est affecté la veine mastoïdienne ne peut plus se vider et la peau derrière l'oreille deviendrait œdémateuse. Si le sinus caverneux est occupé par les caillots, l'hyperémie veineuse du fond de l'œil, l'œdème des paupières et de la conjonctivite, et l'exophthalmie s'observent ; l'irritation ou la paralysie des nerfs qui avoisinent ce sinus (3), de l'ophthalmique, du pathétique ou du moteur oculaire commun ou externe pourraient en résulter. La fontanelle antérieure, déprimée à cause de l'affection préexistante, peut encore devenir saillante, le crâne agrandi,

(1) Cyclopedia of the Practice of medecine. Dr H. von Ziemssen t. XII, p. 209.

(2) Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 77.

(3) D'Espine et Picot. Mal. de l'enfance, p. 225.

et le volume de la tête augmenté comme dans l'hydrocéphalie chronique, soit à cause de la sérosité accumulée dans les ventricules, soit à cause d'une hémorrhagie méningée ou cérébrale produite par la thrombose des sinus cérébraux.

Conclusion. — 1° Si la diarrhée, la mauvaise alimentation ou une autre cause affaiblissante est suivie de somnolence et de coma, surtout avec des spasmes musculaires ou de la paralysie chez un enfant de 1 à 6 mois, la thrombose des sinus cérébraux peut être soupçonnée.

2° L'œdème derrière l'oreille indiquerait que le sinus latéral est affecté, et si c'est le sinus caverneux, on verra l'hyperémie du fond de l'œil, l'œdème des paupières, l'exophthalmie et l'irritation ou la paralysie des nerfs voisins.

3° L'hydrocéphalie peut résulter de cette condition.

La thrombose phlébitique résultant du traumatisme, de la carie des os du crâne ou de furoncles sur la face produit des symptômes ressemblant à ceux de l'infection purulente, une maladie qui sera considérée dans les pages suivantes.

La dentition difficile. — On a supposé que la dentition difficile et pénible produit parfois des convulsions chez les jeunes enfants. D'autres auteurs (M. Ramskill), cependant, pensent que les convulsions de la dentition difficile sont plutôt produites par une alimentation grossière ou insuffisante que par la dentition, mais que, survenant au même moment que les dents percent les gencives, on les a attribuées à tort à la dentition. Une troisième opinion, qui semble plus exacte, est que les convulsions sont produites par les deux causes ; la cause prédisposante serait la mauvaise alimentation, le rachitisme, tandis que la dentition difficile est la cause excitante des symptômes cérébraux. Ainsi

en incisant les gencives pour que la dent sorte plus facilement les convulsions s'arrêtent souvent à l'instant même. MM. Rilliet et Barthez (1) ont insisté sur la difficulté de distinguer les symptômes nerveux résultant de cet état et de la méningite. M. Jaccoud, cependant, dit qu'une observation attentive permettra d'établir le diagnostic différentiel. Ainsi le délire, les spasmes, les contractures et les paralysies de la méningite sont ordinairement absents, et les symptômes qui s'observent indiquent plutôt une hyperémie qu'une méningite cérébrale.

M. Jaccoud (2) dit encore que « l'examen attentif de la bouche, l'absence de soupirs, l'intensité et en même temps l'irrégularité de la fièvre, la coloration très-vive de l'une des joues, la facilité des évacuations par de légers minoratifs sont les signes différentiels les plus importants. » Il ne faut pas oublier cependant que la méningite tuberculeuse et la dentition laborieuse peuvent coïncider et que l'existence d'une de ces affections n'empêche pas le début de l'autre.

Troubles digestifs. 1° Embarras gastrique. — MM. Rilliet et Barthez (3) ont dit que les symptômes produits par l'embarras gastrique ressemblaient à ceux de la période prodromique de la méningite tuberculeuse. La céphalagie, une fièvre peu intense, des vomissements, de la constipation, peuvent exister dans les deux maladies; mais, en dehors de la céphalalgie, les symptômes nerveux de la méningite tuberculeuse manquent dans l'embarras gastrique. La bouche pâteuse, la langue blanche, la douleur à l'épigastre

(1) Ibid., t. III, p. 588.
(2) Ibid., p. 255.
(3) Mal. des enfants, t. I, p. 731.

indiquent au début une maladie gastrique, tandis que la prédisposition héréditaire à la tuberculose, le regard hostile, la constipation opiniâtre, la céphalalgie intense de la méningite tuberculeuse sont absents. L'administration d'un vomitif dissipera les doutes.

2° *Catarrhe intestinal.* — Les troubles intestinaux peuvent encore produire les vomissements, l'agitation, la rétraction de l'abdomen, les spasmes dans les membres qui se trouvent chez les malades à la première période de la méningite tuberculeuse. Plus tard, si le malade se rétablit de ce malaise, la température s'élève, la somnolence se montre et l'enfant tombe dans une condition d'abattement accompagnée de gémissements et de cris ressemblant aux cris hydrencéphaliques. Le catarrhe intestinal se distingue cependant par la diarrhée qui prend la place de la constipation de la méningite, la maladie ressemblant plutôt au choléra qu'à une maladie cérébrale. Les contractures localisées, le délire, la céphalalgie intense de la méningite font défaut et les symptômes indiquent un état maladif produit par une cause débilitante, plutôt qu'une inflammation. La pseudo-méningite ou la maladie hydrocéphaloïde de Marshall Hall qui peut en résulter a été déjà étudiée.

Vers intestinaux. — « Toutes les fois, dit le professeur Jaccoud (1), qu'un enfant présente des phénomènes cérébraux à marche lente, il convient, avant de porter le diagnostic : *méningite tuberculeuse*, d'administrer à une ou deux reprises un fort vermifuge; les helminthes pouvant donner lieu à l'ensemble des accidents qui constituent la période prodromique de la maladie (méningite tuberculeuse), tout rentre dans l'ordre après l'expulsion des para-

(1) Ibid., p. 259.

sites. Ce précepte pratique ne doit jamais être transgressé. »

Que l'affection vermineuse puisse, selon les auteurs, provoquer les symptômes de la période prodromique de la méningite tuberculeuse, cela n'est pas étonnant quand on parcourt l'histoire, donnée par M. Davaine (1), des accidents que la médecine ancienne a attribués à la présence des vers intestinaux dans le tube digestif. Ainsi l'aliénation mentale, la manie, l'hystérie, la catalepsie, le tétanos, la chorée, les convulsions épileptiformes, la paralysie, la surdité, la cécité, la dysentérie et une foule d'autres maladies étaient supposées la conséquence de leur présence dans le tube digestif. Guersant (2) pensait que ces affections n'étaient pas ainsi produites et que les symptômes étaient plutôt produits par une maladie du cerveau, du poumon ou d'un autre organe. Qu'une pseudo-méningite puisse cependant dépendre de leur présence dans le tube digestif, cela est démontré par le fait que les symptômes disparaissent après l'expulsion des parasites au moyen d'un anthelmintique Ainsi la tristesse, les vomissements, la perte d'appétit, le pouls inégal et irrégulier comme dans la méningite tuberculeuse, même l'abattement et la somnolence peuvent induire en erreur. Un anthelmintique est administré : des lombrics ou peut-être des oxyures (3) sont expulsés, et les symptômes cessent. Cependant l'absence de céphalalgie, du mâchonnement, des cris hydrencéphaliques, et ordinairement de la constipation qui, si elle existe, cède facilement à l'influence d'un léger purgatif, indique la nécessité d'administrer un anthelmintique pour éclairer le diagnostic.

Congestion hépatique. — Rilliet et Barthez ont parlé de

(1) Traité des entozoaires, etc. Paris, 1877, p. 53.
(2) Dict. de méd., t. XXX, p. 66.
(3) Diseases of Infancy and Childhood, West, p. 673.

la ressemblance des symptômes produits par la forme apyrétique de la congestion hépatique à ceux de la première période de la méningite tuberculeuse. MM. Bouchut et West ne décrivent pas cette congestion, et Rilliet et Barthez eux-mêmes disent que l'affection est fort rare et qu'ils n'ont pu trouver d'observations dans les recueils périodiques (1).

« La lenteur et l'irrégularité du pouls », disent ces auteurs, « les nausées continuelles, les vomissements, la constipation, les changements de coloration du visage, l'abattement qui va quelquefois jusqu'à la somnolence simulent à s'y méprendre la première période de la méningite. »

Ils la distinguent par l'absence « en général de la céphalalgie, et presque toujours les soupirs, les grincements de dents, l'irrégularité de la respiration manquent, et l'assoupissement quand il existe est loin d'être aussi profond que celui de la méningite. »

La tuméfaction du foie, la douleur dans l'hypochondre droit, la soif intense, la couleur foncée des urines, et surtout l'ictère, quand il se montre, paraissent être d'autres points de différence.

Pneumonie lobaire aiguë des enfants. — Cette maladie peut produire au début des symptômes cérébraux, de sorte que le vrai caractère de la maladie soit caché. L'enfant a de la fièvre ; des vomissements, des convulsions peuvent se montrer faisant soupçonner de la congestion cérébrale produite par une maladie de l'encéphale, et non ce qui existe : une hyperémie méningée sympathique de la maladie pulmonaire.

(1) Ibid., vol. II, p. 23.

La constipation, la céphalalgie sont d'autres points de ressemblance avec la méningite et l'enfant, s'il peut parler, ne se plaint parfois que du mal de tête. Il y a à peine de la toux.

Les vomissements cependant sont moins persistants que dans une maladie cérébrale, il n'y a ni les nausées, ni l'irritabilité gastrique qui existe au début de la méningite. Les selles sont naturelles.

La langue est d'une couleur rouge plus foncée, le pouls est plus fréquent, la température plus élevée que dans la méningite, la chaleur s'observant sur le tronc plutôt que sur la tête. Le malade se plaint encore d'une soif tourmentante. L'auscultation révélera bientôt la véritable affection. Si la possibilité de cette ressemblance est oubliée, et si ce moyen d'investigation n'est pas pratiqué la maladie ne se reconnaîtra peut-être qu'après la mort.

Le Dr West (1) insiste particulièrement sur cette erreur.

Fièvre typhoïde. — La fièvre typhoïde des enfants présente parfois, comme la même maladie chez l'adulte, des symptômes qu'il est à peu près impossible de distinguer de ceux de la méningite tuberculeuse. Ainsi la maladie peut débuter par un changement de caractère, de la céphalalgie, de l'anorexie, de la faiblesse et de la fièvre légère cet état durant un ou plusieurs jours. Des vomissements (rarement), de la constipation, et du délire tranquille ou bruyant se présentent, bientôt suivis de somnolence. Le pouls devient parfois irrégulier, intermittent et inégal, la respiration irrégulière. Dans la plupart des cas on distinguera cependant cette maladie de la méningite tuberculeuse par les symptômes suivants :

(1) Ibid., p. 338.

1° Les vomissements, la céphalalgie et la constipation manquent ordinairement. Quand ils existent les vomissements sont plus légers, la céphalalgie est moins intense, la constipation moins opiniâtre que dans la méningite tuberculeuse.

2° Les taches rosées lenticulaires, la fièvre prononcée, la soif vive, la langue blanche, le ballonnement du ventre, la tuméfaction de la rate, la toux et les râles qui s'entendent à l'auscultation de la poitrine sont d'autres points distinctifs de la maladie.

3° L'absence ordinaire de spasmes, de contractures, de paralysies localisées est une autre indication.

4° Le pouls se maintient élevé dans la dothiénentérie.

5° M. le Dr Bouchut (1) insiste sur la valeur de l'examen ophthalmoscopique, disant que « la congestion péripapillaire, l'œdème partiel de la papille avec dilatation, la flexuosité et les caillots des veines de la rétine » qui se trouvent dans la méningite tuberculeuse ne se présentent pas dans la fièvre typhoïde.

Typhus. — Le typhus, une maladie qui survient surtout de 15 à 25 ans (2), se développe parfois chez les enfants, et dans ce cas la maladie est presque toujours exceptionnellement légère. Ordinairement le malade a été exposé à l'infection, et dans une famille les plus âgés sont ordinairement les premiers atteints (3).

Les symptômes qui se présentent sont les mêmes que chez l'adulte, et le diagnostic différentiel sera discuté quand nous parlerons de la méningite à cette époque de la vie.

(1) Ibid., p. 1004.
(2) Treatise on continued fevers. Murchison, p. 63.
(3) Diseases of children. Hillier, p. 343.

Variole. — Quand la variole survient chez un enfant les vomissements sont ordinairement répétés et pénibles, persistant pendant 24 ou 48 heures (1). L'enfant ne se plaint pas de douleur lombaire, mais en revanche les troubles cérébraux sont plus accentués. Ainsi la somnolence et la stupeur plutôt que le délire sont fréquentes et des convulsions peuvent se montrer alternant peut-être avec le coma pendant 24 ou 36 heures. La fièvre coexiste. Ces symptômes ont quelque ressemblance avec ceux de la méningite tuberculeuse, mais leur début est plus brusque ; le grincement des dents, les spasmes et les contractures localisées et les autres symptômes nerveux de cette maladie font défaut, et la diarrhée est habituelle chez l'enfant au lieu de la constipation. On peut remonter jusqu'à l'infection, ou en tout cas l'éruption pustuleuse paraîtra le troisième ou le quatrième jour, ou les taches rouges scarlatiniformes qui la précèdent parfois, surtout dans la variole modifiée.

Scarlatine. — Nous avons déjà insisté sur la difficulté de distinguer la scarlatine maligne de la méningite franche quand elle présente des accès convulsifs. La question peut encore se présenter par rapport à la forme tuberculeuse. La scarlatine maligne peut produire chez l'enfant d'autres symptômes nerveux, par exemple l'affaissement dont le petit malade sort pour retomber encore dans un état d'épuisement qui est suivi de la mort, ou encore du délire doux ou bruyant, accompagné d'un pouls rapide et faible, de la carphologie, du tremblement musculaire qui se terminent par la mort (West) (2).

Le début de ces symptômes est encore plus brusque, leur

(1) Diseases of Infancy and Cihldhood. West, p. 757.
(2) Ibid., p. 782.

caractère plus aigu, la fièvre plus vive que dans la méningite tuberculeuse. L'étiologie du mal éclairera ordinairement le diagnostic ; l'angine, la langue blanche, et enfin l'exanthème étant d'autres points de distinction. Le grincement des dents, les spasmes et les contractures localisées qui se montrent dans la première période de la méningite tuberculeuse sont ordinairement absents.

Tuberculose des autres organes. — Un enfant se présente, souffrant d'une fièvre continue ou rémittente ; la température reste élevée pendant plusieurs jours et on ne trouve point d'inflammation locale. Qu'est-ce qu'il y a? Cette difficulté se rencontre assez souvent et le Dr Ringer (1) pense que si les symptômes fébriles persistent pendant deux semaines et la fièvre intermittente ou une inflammation locale n'existent pas, la fièvre typhoïde ou la tuberculose sont indiqués. Il sera rappelé que la tuberculose pulmonaire ne présente pas les mêmes symptômes chez l'enfant que chez l'adulte.

L'auscultation et la percussion peut-être ne révèlent rien, le poumon étant néanmoins infiltré de granulations tuberculeuses.

L'hémoptysie ne se produit que rarement. Il n'y a ni les crachats ni les sueurs profuses qui se montrent chez l'adulte. La toux est rare et légère, mais en même temps l'enfant maigrit ; il y a de l'anorexie, et souvent des douleurs vagues dans l'abdomen ou dans la poitrine. La fièvre persiste, l'enfant est affaibli, perdant son appétit et ses forces ; il devient maussade et n'aime plus les jeux et les amusements. On reconnaît ici quelques-uns des symptômes prodromiques de la méningite tuberculeuse, mais les deux maladies ne doivent pas se confondre. Dans cette der-

(1) Diseases of children. Hillier, p. 115.

nière maladie « la fièvre est en général absente, ou tout au moins très-fugace et très-irrégulière (1). » Dans la période prodromique, la céphalalgie (2), la constipation, les vomissements provoqués surtout par les mouvements et indépendants de toute alimentation, les cauchemars, les secousses musculaires, et plus tard le pouls et la respiration irréguliers, les contractures, les paralysies de la méningite servent encore à distinguer cette maladie de la tuberculose des autres organes.

La tuberculisation des ganglions mésentériques (le carreau), qui se montre parfois de 5 à 10 ans, se distingue encore par la diarrhée, la tuméfaction du ventre et surtout par la sensation des tumeurs dures, marronnées dans le voisinage de l'ombilic ou vers les flancs.

La tuberculisation des ganglions bronchiques se distingue par la toux qui ressemble à celle de la coqueluche, par la matité à la percussion sur la partie supérieure du sternum, et peut-être dans la région interscapulaire si les ganglions du médiastin postérieur sont envahis. Des symptômes de compression peuvent encore exister, comme l'œdème du cou, de la face ou des membres supérieurs (veine cave supérieure), la dysphagie (œsophage), ou une altération du timbre de la voix, ou des accès de dyspnée (nerf récurrent), ou des accidents d'asphyxie (nerf vague).

Pachyméningite des enfants. — En parlant de la méningite franche nous avons déjà considéré la pachyméningite, et c'est avec cette dernière maladie plutôt qu'avec la méningite tuberculeuse qu'elle se confondrait. Les accès convulsifs (3) presque constants dans la pachyméningite ne se

(1) Rilliet et Barthez, t. III, p. 472.
(2) Diseases of children, p. 116.
(3) D'Espine et Picot. Mal. de l'enfance, p. 228.

produisent que vers la fin de la méningite tuberculeuse, ou s'ils se développent à une époque plus précoce dépendent plutôt de tubercules cérébraux que de la méningite (Rilliet et Barthez).

La maladie est encore plus aiguë, la fièvre plus vive que dans la forme régulière de la méningite tuberculeuse, tandis que la céphalalgie, les vomissements, la constipation, symptômes qui caractérisent la méningite, ne s'observent que rarement dans la pachyméningite (Legendre).

L'absence de prédisposition héréditaire aux antécédents scrofuleux chez le malade et la présence de contracture permanente des pieds et des mains, symptôme pathognomonique de la pachyméningite (Legendre), servent encore à distinguer ces deux maladies.

Infection purulente. — L'infection purulente peut offrir des points de ressemblance avec la méningite tuberculeuse. Lorsqu'elle existe comme complication d'une maladie chirurgicale accompagnée de suppuration, cette affection ne doit pas être méconnue, mais lorsque la cause est moins manifeste, la méprise n'est pas impossible. L'otite interne, un abcès peut-être interne ou sous le périoste, l'endocardite ulcéreuse, un abcès dans la peau même ou une maladie fébrile, surtout la fièvre typhoïde, la rougeole ou la scarlatine, peuvent être le point de départ de l'infection (1). L'état maladif, la faiblesse, les vomissements, la fièvre, la somnolence, le subdélirium semblent indiquer une maladie cérébrale ; et chez les enfants le frisson initial est souvent absent. La ressemblance cependant n'est qu'apparente et une observation attentive préviendra l'erreur.

(1) Trousseau. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 156. Hillier. Diseases of children, p. 209.

1° La cause de l'infection (l'otite, l'abcès, la fièvre, etc.) démontrera presque toujours la nature de la maladie.

2° la teinte jaunâtre, les sueurs abondantes, la diarrhée, le peu d'intensité des symptômes nerveux serviront encore pour la distinguer.

3° Les abcès qui se forment dans les articulations, la pneumonie ou la pleurésie compliquant la maladie seront d'autres indications.

4° Le pouls quoiqu'il puisse devenir intermittent et irrégulier ne se ralentit pas.

Tubercules du cerveau ou *les autres tumeurs cérébrales.* — L'existence de produits tuberculeux dans l'encéphale, qui n'est pas très-rare de 3 à 7 ans, peut donner naissance à des symptômes semblables à ceux de la méningite tuberculeuse. Les tubercules existent souvent à l'état tout à fait latent (1) et ne produisent aucun symptôme; ils annoncent parfois leur présence d'une manière subite par des symptômes cérébraux violents et manifestes à cause du ramollissement de la pulpe environnante ; souvent encore ils s'annoncent par des symptômes presque identiques à celles de la méningite tuberculeuse. Ainsi la céphalalgie est souvent un des premiers symptômes, ou, si l'enfant a moins de 2 ans, il n'y aura peut-être que de l'irritation, de la somnolence et des cris plaintifs. S'il existe de la céphalalgie la douleur augmente de temps en temps, les exacerbations douloureuses étant accompagnées de vomissements sans trouble digestif. Le pouls peut être irrégulier.

Des convulsions générales ou localisées indiquent le plus souvent le début de la maladie, qui sont suivies de faiblesse musculaire ou de paralysie, et si la céphalalgie

(1) Grisolle. Path. interne, t. II, p. 513.

coexiste ces symptômes sont importants par rapport au diagnostic (Rilliet et Barthez). La perte de la vue, le strabisme qui se montrent parfois vers le début de la maladie doivent encore être notés.

Le diagnostic de cette affection reposera sur les faits suivants :

1° Les convulsions du début chez un enfant de 3 à 7 ans, intenses, épileptiformes et suivies de paralysie ou plus rarement de contracture (Rilliet et Barthez).

2° La céphalalgie intense, lancinante, intermittente qui souvent existe au début est encore plus ou moins caractéristique.

3° L'amaurose peut encore s'observer à une période précoce de la maladie.

4° L'examen ophthalmoscopique pourra servir encore à éclairer le diagnostic en indiquant l'absence de la méningite tuberculeuse (M. Bouchut) (1).

La marche de la maladie est ordinairement chronique, mais parfois elle est aiguë, ne durant que quelques jours et présentant des convulsions rapidement suivies de somnolence, de coma profond et de la mort. De la paralysie, des contractures, ou d'autres accidents nerveux peuvent être observés dans l'intervalle des convulsions. Le diagnostic des tubercules cérébraux de la méningite tuberculeuse dans ce cas peut être impossible.

D'ailleurs il ne faut pas oublier que les tubercules cérébraux coexistent souvent avec la méningite tuberculeuse.

Les hydatides s'observant en général à l'âge de 10 à 20 ans (2) peuvent exister dans le tissu de l'encéphale et produisent des symptômes de compression ressemblant à

(1) Bouchut. Mal. des nouveau-nés, p. 188.
(2) Bristowe. Theory and Pract. of medecine, p. 1020.

ceux qui sont amenés par des tubercules (1). Dans ce cas cependant il n'y aura pas de diathèse tuberculeuse, et les mêmes entozoaires peuvent exister dans le foie, dans les poumons, ou dans un autre organe (obs. IV).

On peut aussi trouver des tumeurs sarcomateuses dans l'encéphale des enfants, produisant des smptômes analogues, mais les tubercules sont les plus fréquentes de toutes les tumeurs cérébrales qui se développent à cette période de la vie (obs. V).

Observation V.

(Rédigée d'après les notes prises sur les registres de Guy's Hospital, Londres).

Kyste hydatique du cerveau et du poumon. Mort. Autopsie.

P... H..., âgée de 9 ans, est entrée le 9 janvier 1878 dans le service de M. le Dr Pavy, à Guy's hospital, Londres.

Son père est mort du rhumatisme. Pas d'affection cérébrale dans la famille, mais sa sœur aînée, âgée de 23 ans, a des attaques de chorée.

Les antécédents de la malade sont bons, elle s'est toujours bien portée; elle était vive et intelligente jusqu'au commencement de la maladie.

Il y a environ deux mois qu'elle eut de la céphalalgie, et que ses idées devinrent parfois incohérentes. Depuis ce moment la céphalalgie a continué, et elle s'est plaint d'une sensation de froid; ses pieds étaient toujours froids. Sa mère trouve que la tête est augmentée de volume depuis le commencement de la maladie (son chapeau était devenu trop petit). Elle a eu de la constipation. Il y a quatorze jours qu'elle commençait à marcher en traînant la jambe droite.

La malade n'est pas amaigrie. En marchant, elle tire derrière elle la jambe droite et se penche vers le même côté. Au lit, elle peut mouvoir les deux extrémités inférieures et la sensibilité parait normale partout. Les pupilles sont dilatées et égales.

(1) Grisolle. Path. int., t. II, p. 655.

Poumons. — Quelques râles soufflants s'entendent à la base du poumon gauche. Percussion normale.

Cœur, *foie*, *rate.* — Rien d'anormal n'est paru.

11 janvier. Elle tire sa jambe gauche derrière elle. Ne peut pas se tenir debout. La force de la main gauche paraît amoindrie. Elle se plaint de céphalalgie et la marche semble la fatiguer.

Le 14. La céphalalgie est très-intense. Elle a des vertiges pendant lesquels elle ne peut plus se tenir debout.

Le 15. Amélioration. Pas de céphalalgie. T. 36,6.

Le 21. Elle peut marcher en vacillant sans tirer l'une ou l'autre jambe. Hyperémie de la rétine des deux côtés. Incontinence des matières fécales.

6 février. Quand elle marche, son pied droit est dirigé en avant, le pied gauche étant tourné en dehors presque à angle droit; avant de marcher, elle regarde le plafond comme si elle voulait comprendre d'abord où elle est. La main gauche est toujours plus faible que la droite. Ne se plaint que rarement de la céphalalgie,

Le 21. Pas de changement notable. Marche moins bonne aujourd'hui. Elle s'arrête à tout moment, semblant faire un grand effort pour recommencer sa promenade. P. 130.

Le 27. Hémoptysie ce matin la malade rend plusieurs grammes de sang rouge et spumeux. Des râles muqueux s'entendent au sommet du poumon droit.

Le 28. Se porte mieux. Les râles s'entendent toujours dans le poumon droit

1er mars. Incontinence d'urine. Encore de la céphalalgie. Temp. 36,6.

Le 8. Elle traîne toujours la jambe gauche en marchant. La tête est souvent renversée, et le bras gauche est étendu comme si elle voulait se balancer quand elle marche.

Le 17. Elle se porte mieux, mais parfois la défécation est involontaire.

Le 19. Vertiges. Céphalalgie frontale, extrémités froides. Pas de vomissements.

Le 20. Un frisson prolongé ce matin suivi de nausées et de vomissements. Ensuite la malade est devenue somnolente et puis comateuse. Parfois des cris d'angoisse. Pendant l'après-midi, elle semblait reconnaître sa mère.

A 4 heures du soir, les extenseurs de la main paraissaient con-

tractés, les doigts étant rétractés et rigides. Les pupilles sont égales, dilatées et immobiles. Les mouvements réflexes ne sont pas altérés. P. 94. T. 36,9. R. 38.

Il y a des oscillations du globe de l'œil. Huit heures du soir, temp. 36,8.

A minuit 15 minutes, encore un frisson durant à peu près deux minutes; les yeux sont animés. L'action du cœur est tumultueuse, et ses battements sont de 200 par minute. La pupille du côté gauche est plus petite que celle du côté droit. Respiration irrégulière; et sept ou huit mouvements respiratoires sont suivis d'un profond soupir, qui précède une suspension de la respiration durant environ 15 secondes. Ces intervalles étaient irréguliers, mais leur durée devenait plus longue jusqu'à ce que les respirations n'étaient plus que de 6 par minute.

Le pouls devient de plus en plus faible, la température n'avait pas dépassé 37° jusqu'à la mort survenue graduellement. Pas de convulsions.

Autopsie. — Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties. Le lobe temporo-sphénoïdal du côté droit était occupé par un kyste hydatique de la grosseur d'une orange. Le kyste n'était séparé du ventricule latéral que par une membrane mince, et le corps strié était plus ou moins aplati. Le ventricule moyen était aplati, son plancher bombant à la base en avant et en arrière du chiasma des nerfs optiques. Les autres parties du cerveau et la moelle épinière paraissaient saines.

Dans le sommet du poumon droit, il y avait aussi un kyste hydatique comprimant plus ou moins le poumon. Les autres organes paraissaient sains.

On peut observer que les symptômes présentés par cette maladie indiquaient une maladie cérébrale, et surtout une maladie dans l'appareil moteur, la sensibilité étant normale. Il n'y avait pas de fièvre, la température ne s'élevant jamais au-dessus de 37°. La maladie était plus ou moins chronique ayant duré deux mois avant son entrée à l'hôpital. Il n'y avait pas d'amaigrissement, et les symptômes au début étaient entièrement « nerveux. »

La méningite tuberculeuse pouvait-elle exister?

L'hémoptysie survenue dans le courant de la maladie pouvait faire penser à cette maladie compliquant une tuberculose pulmonaire, mais de l'autre côté, la malade n'était pas amaigrie, et l'ab-

sence de fièvre et le fait que tous les symptômes à l'exception de l'hémoptysie se rapportaient au cerveau rendaient ce diagnostic moins probable.

Observation VI.

(Rédigée d'après les notes prises sur les registres de Guy's Hospital, Londres).

Tumeur gliomateuse du cerveau. Mort. Autopsie.

A. B..., âgé de 3 ans, est entrée le 10 décembre 1878, à Guy's Hospital, Londres, dans la service de M. le Dr Wilks.

Sa mère a eu huit enfants dont trois seulement sont vivants; trois étaient mort-nés, et deux autres sont morts de convulsions pendant la dentition. Les parents sont atteints de syphilis.

A l'âge de 6 semaines l'enfant présentait une éruption érythémateuse des fesses, du catarrhe pituiteux, de petites ulcères aux angles des lèvres qui disparaissaient par le traitement médical. L'enfant jouissait d'une bonne santé jusqu'au début de cette maladie dans le mois de juin. A cette époque on remarqua qu'en marchant il traînait la jambe droite, comme s'il ne pouvait plus l'élever, et bientôt il ne put rien tenir de la main du même côté, laissant tomber ce que l'on y mettait et se servant toujours de la main gauche. Il commença plus tard à vomir, surtout avant de déjeuner. Son caractère devenait très-irritable, et il poussait à tout moment des cris d'angoisse. On observa que souvent les aliments s'échappaient de la bouche du côté gauche, et que s'il riait la bouche paraissait être tirée en haut du côté droit. Le strabisme interne s'observait du côté gauche.

Quand l'enfant fut apporté à l'hôpital, la paralysie des membres du côté droit n'était pas marquée, quoiqu'en marchant il traînât parfois la jambe droite. Il ne put rien ramasser au moyen de la main du même côté, mais il tient bien ce qui est dedans. Les muscles dans les deux membres du côté droit sont flasques, mais ils ne sont pas atrophiés. L'enfant n'est pas amaigri, son front est saillant, tandis que les os du nez paraissent déprimés. Il ne semble pas comprendre ce que l'on lui dit, poussant des cris d'angoisse de temps en temps, et pendant le sommeil il tressaille, et les muscles de la face sont agités de mouvements convulsifs. Le droit externe de l'œil est paralysé du côté gauche. Il paraît bien entendre des deux oreilles. Incontinence d'urine. Pas de constipation.

Le cœur et les poumons paraissent sains. L'urine ne contient pas d'albumine. P. 90. Resp. 28.

Traitement. De l'iodure de potassium.

Il n'y avait pas de changement notable pendant les six semaines suivantes. L'enfant restait ordinairement au lit, s'asseyant parfois sur une chaise. Les symptômes paralytiques ne s'amélioraient pas.

Le 27 janvier. L'enfant était assis sur une chaise et tombait par accident sur le plancher. Après la chute il vomit, et il paraît plus somnolent.

Le 28. Toujours somnolent, il vomit parfois.

Le 29. Moins somnolent; ne vomit pas si souvent.

10 février. Pendant dix jours il a présenté les symptômes dont il était atteint avant sa chute. Aujourd'hui il est encore somnolent, soupirant et criant souvent pendant qu'il dort.

Le 12. Sa mère est venue le voir, et pendant que l'enfant était sur ses genoux il est atteint subitement de dyspnée intense accompagnée de convulsions légères. On put croire à l'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires, mais en introduisant le doigt dans la bouche on trouva qu'il ne paraissait y rien avoir. L'auscultation n'indiquait pas d'affaiblissement du murmure respiratoire. Les pupilles ne se contractaient plus à la lumière, et il y avait de l'insensibilité des conjonctives. En quelques minutes la dyspnée cessa, et l'enfant fut replacé sur son lit.

Le 13. Des convulsions à deux reprises pendant la nuit. Ce matin les pupillles sont toujours inertes, et les conjonctives insensibles. P. 136, T. 38,3, Resp. 28

Le 14. Pas de chagement. L'enfant paraît comateux et ne comprend pas ce qui se passe autour de lui.

Le 15. Somnolence un peu moindre. T. 38,2.

Le 21. Il n'y avait pas de changement; l'enfant tombe de plus en plus dans le coma, et meurt le soir.

Autopsie. En soulevant l'encéphale de la boîte crânienne on trouve une tumeur gliomateuse dans la protubérance annulaire faisant saillir le plancher du quatrième ventricule. Les ventricules contenaient une quantité exagérée de liquide. La tumeur était de la grandeur d'un œuf de pigeon, et d'un côté d'elle il s'échappait de la matière gélatineuse, elle avait l'apparence d'un kyste sur lequel les fibres transversales du pont de Varole étaient tendues. Les ven-

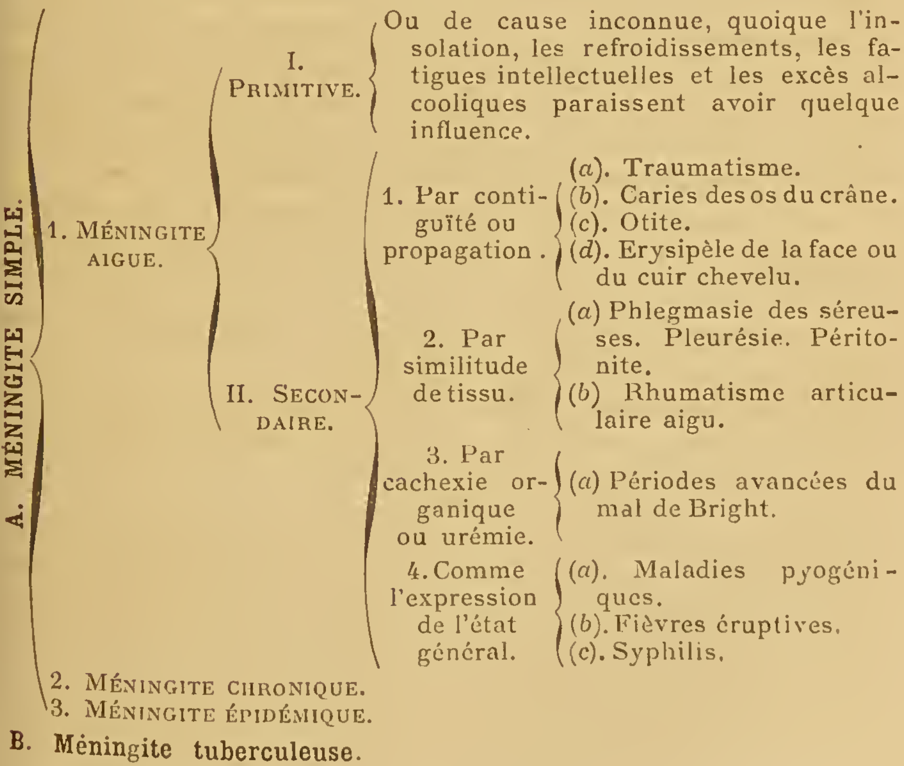
tricules latéraux étaient distendus par la sérosité, ainsi que le ventricule moyen qui faisait saillir à la base le chiasma des nerfs optiques. L'aqueduc de Sylvius était aussi dilaté.

Les poumons, le cœur, les reins, le foie, et le tube digestif, paraissaient sains.

CHAPITRE III.

LA MÉNINGITE CHEZ L'ADULTE ET CHEZ LE VIEILLARD.

On pourrait comprendre sous les termes méningite aiguë et tuberculeuse les différentes variétés de cette maladie qui se montrent chez l'adulte avec une marche aiguë ou subaiguë. Ainsi M. Jaccoud (1), en parlant de la méningite, a établi les divisions suivantes :



B. Méningite tuberculeuse.

(1) Ibid., p. 151.

Nous avons déjà dit (1) que nous ne parlerons que de deux formes de méningite, la méningite aiguë et la méningite tuberculeuse, et nous avons montré dans le tableau précédent les divisions de la méningite aiguë que nous allons considérer. Avant d'étudier leur diagnostic différentiel, nous dirons quelques mots de ces variétés et de leurs caractères cliniques.

1. *Méningite tuberculeuse.* — La méningite tuberculeuse se montre surtout de 20 à 30 ans et peut affecter deux formes : cérébrale et typhoïde (Ramskill). La forme cérébrale ne diffère pas de la méningite tuberculeuse chez l'enfant (2). Ainsi la céphalalgie intense, les vomissements (qui ne se montrent presque jamais dans la phthisie pulmonaire qu'après la toux), les contractures musculaires, la constipation, le délire, etc., sont suivis de somnolence, avec ralentissement du pouls, de paralysies, du coma et de la mort. La forme typhoïde coexiste avec la tuberculose miliaire aiguë. La fièvre au début est plus vive, l'accélération du pouls et l'élévation de la température persistent pendant la deuxième période. Les vomissements manquent ou ne se montrent que rarement. La céphalalgie, l'adynamie de la fièvre typhoïde s'observent quoique l'intelligence soit moins atteinte. Ainsi les symptômes sont à peu près les mêmes dans ces deux maladies pendant les premiers jours. Le vrai caractère de l'affection cependant se montrera bientôt, et d'un côté la persistance de la céphalalgie, les contractures, les convulsions, la paralysie, etc., indiqueront la méningite, tandis que dans l'autre cas les taches rosées lenticulaires, le ballonnement du

(1) Voyez l'introduction.

(2) Reynolds. Syst. of medecine, art. Méningite.

ventre, le gonflement de la rate, la diarrhée, le dicrotisme du pouls, etc., démontreront que la dothiénentérie existe. Dans cette forme de méningite tuberculeuse on observe encore des symptômes qui indiquent la tuberculisation des autres organes (poumons, intestins, etc.), quoique quand le malade est atteint de tuberculose pulmonaire les symptômes de cette maladie cessent entièrement dans la plupart des cas quand la méningite se déclare.

2. *Méningite basilaire simple.* — M. Huguenin (1) parle de cette maladie qui survient surtout chez les adolescents. Il dit que cette affection se trouve chez les ouvriers, surtout les bouchers, les maçons et les garçons de café. La cause de cette particularité est inconnue. La durée est variable (de 17 à 64 jours). Le tableau de la maladie rappelle celui de la méningite aiguë. Ainsi on observe de la céphalalgie, de la fièvre, de la dépression mentale, des vomissements, de la constipation, des contractures, symptômes qui sont bientôt suivis de somnolence. L'émaciation est marquée et le coma vient s'ajouter aux symptômes précédents pour se terminer par la mort.

Puisque cette maladie survient chez un adulte en bonne santé, dont la famille n'est pas affectée de tuberculose, on aura une forte présomption pour arriver au diagnostic ; la seule difficulté sera de distinguer l'affection d'une tumeur cérébrale qui nous occupera plus loin.

3. *Méningite de la convexité produite par une cause inconnue.* — M. Huguenin dit que les adultes et ceux qui sont entre deux âges peuvent être atteints de cette maladie. L'insolation ou le refroidissement paraissent être parfois

(1) Ibid., p. 579.

la cause, mais il existe aussi des méningites dont l'origine est tout à fait latente. Elle survient surtout chez les pauvres et chez les individus qui se nourrissent mal, le sexe masculin y est surtout prédisposé.

Les prodromes sont peu marqués ou absents. Il survient généralement un frisson qui est bientôt suivi de céphalalgie, de la fièvre et des autres symptômes de la méningite aiguë; en quelques heures le malade peut être insensible et délirant. La maladie ne dure que rarement plus d'une semaine, et elle peut se terminer par la mort en 24 ou 36 heures. Le délire est furieux et violent. Les paralysies sont rares.

4. La méningite de la convexité peut dépendre de l'inflammation des organes de voisinage. L'ostéite produite par des lésions traumatiques, une gomme syphilitique, l'otorrhée produite par la carie osseuse du conduit auditif, par l'inflammation de l'oreille interne, ou par une carie du rocher, ou de l'apophyse mastoïde, l'érysipèle de la face ou du cuir chevelu, les furoncles de la face, la suppuration du globe de l'œil peuvent ainsi produire la méningite.

Le premier symptôme est presque toujours de la céphalalgie, ordinairement suivie de vertiges, de nausées et de vomissements. Parfois les vertiges, les nausées, la paralysie faciale, l'aphasie ou la rigidité des muscles du cou sont le premier symptôme, qui est suivi de somnolence, de coma, et de la mort, ou la mort peut être subite sans être précédée de symptômes de dépression.

La paralysie des muscles de l'œil, du grand hypoglosse, etc., peuvent s'observer, à cause de l'extension de la méningite.

Dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu on peut observer de la fièvre, de la céphalalgie, et du délire, symptômes qui peuvent tenir à une anémie cérébrale aux habi-

tudes alcooliques, à une « excitation réflexe transmise à l'encéphale par les rameaux de la cinquième paire, ou à la thrombose des sinus » (Jaccoud), et ces symptômes se rapprochent assez de ceux de la méningite pour rendre le diagnostic difficile. Lorsque la douleur érysipélateuse n'est pas évidente, comme il arrive dans certains cas, le clinicien pourrait être encore plus embarrassé.

Aussi Foucher (1) a-t-il raison d'insister sur ce point et de conseiller dans les cas de doute « d'examiner attentivement la nuque, les tempes, d'écarter doucement les cheveux, et d'exercer pendant un certain moment une pression en divers points du cuir chevelu, afin de reconnaître la douleur et la tuméfaction par la légère empreinte que laisse le doigt. » Si cette constatation est négative, et si les ganglions du cou ne sont pas engorgés le diagnostic n'admet plus d'incertitude. Si l'érysipèle est reconnu, la difficulté du diagnostic sera moindre, mais dans certains cas la méningite vraie peut compliquer l'érysipèle ; la rigidité cervicale, ou d'autre contracture, les vomissements, les convulsions et la disparition de la rougeur cutanée feront craindre l'existence de cette complication (2).

5. *Méningite métastatique.* — Cette forme de méningite pourrait compliquer les exanthèmes, la fièvre typhoïde, l'endocardite ulcéreuse, la pneumonie, l'infection purulente, la dysentérie, la diphthérie et très-rarement le mal de Bright. Elle pourrait aussi coïncider avec des produits caséeux dans les poumons (Huguenin) (3). Il est souvent très-

(1) E. Foucher. Traité du diagnostic des maladies chirurgicales, p. 428,

(2) Cyclopædia of the Pract. of medecine. Ziemssen, t. XII, p. 617. Jaccoud. Path. int., t. II, p. 775.

(3) Ibid., p. 624.

difficile de distinguer cette forme de méningite d'un trouble fonctionnel du cerveau. La céphalalgie existe presque toujours, mais parfois les vomissements ou le délire sont le seul symptôme de cette inflammation qui est bientôt suivie de somnolence et de coma. La contracture des muscles du cou, le strabisme, la somnolence, la contraction des pupilles qui existent parfois feraient soupçonner cette complication.

6. *Méningite traumatique*, — La méningite peut être produite par une lésion traumatique :

1. Après la commotion cérébrale, sans que le crâne ou les parties molles soient lésées.

2. Après une lésion des parties molles, l'ostéite secondaire ou la thrombose veineuse formant le lien intermédiaire.

3. Après une plaie par instrument piquant, à cause de la décomposition des parties molles dans la plaie et l'infection qui en résulte.

4. Le traumatisme peut encore produire la nécrose, et si le pus ne s'échappe pas facilement il peut en résulter une méningite.

5. Un abcès cérébral peut encore avoir lieu, qui s'ouvre à la surface du cerveau et produit l'inflammation des méninges.

1. Il n'est pas démontré que la méningite puisse résulter de la commotion simple, et il est probable que dans ce cas il y ait une lésion des parties molles, du crâne ou du contenu.

2. Une lésion des parties molles peut produire de la périostite. L'inflammation s'étend à l'os sous-jacent, à la dure-mère et puis aux méninges. L'inflammation peut encore s'étendre au sinus voisin produisant de l'ostéophlé-

bite, ou l'érysipèle peut compliquer la lésion; le pus devient plus nuisible et la suppuration devenue plus maligne s'étend à la pie-mère et produit de la méningite. Ainsi la maladie peut survenir cinq ou six jours après la lésion ou peut-être après des semaines seulement.

3. Une plaie pénétrante produit la méningite, soit par irritation directe, soit à cause de la décomposition des caillots sanguins au contact de l'air, soit par une fracture de la table interne, l'otite ou la nécrose. Des caillots sanguins résultant d'une rupture artérielle peuvent encore produire cette complication.

Lorsque la méningite se montre, le malade devient agité et inquiet et il survient du délire, peut-être furieux. Il veut sortir de son lit. Des vomissements, de la constipation, du grincement des dents, de la congestion de la face s'observent. La température s'élève. Ces symptômes peuvent être produits par la congestion cérébrale, mais s'ils persistent, s'ils reparaissent après une rémission la méningite sera à craindre. Des spasmes et des contractures, surtout dans les muscles du cou ou du dos, la paralysie des nerfs crâniens peuvent s'observer. Ces symptômes sont suivis de somnolence et de coma.

Méningite cérébro-spinale. — Cette maladie est contagieuse et presque toujours épidémique. Elle se distingue par son début qui est ordinairement brusque (1), ou s'il y a des prodromes, par la céphalalgie, la douleur lombaire, les douleurs abdominales et des membres, qui sont les premiers symptômes de l'affection ; par les frissons intenses (2) qui ordinairement précèdent les vomissements et les contractures musculaires; par les spasmes qui s'observent

(1) Outlines of the science and pract of med. Aitken, p. 140.
(2) Bristowe. Theory and pract. of med., t. I, p. 200.

dans les muscles cervicaux postérieurs et lombaires et dans les muscles des membres ; par l'intensité des phénomènes cérébraux, par l'éruption pétéchiale qui se montre du deuxième au quatrième jour de la maladie dans la plupart des cas, ou parfois par les taches rouges érythémateuses de la peau, ou de vésicules herpétiques sur les lèvres.

Ainsi les symptômes se distinguent facilement de ceux de la méningite tuberculeuse, la maladie étant aiguë, épidémique et manifestée surtout par le début brusque, les douleurs, les spasmes, le délire intense, l'éruption ou les éruptions cutanées et la durée qui ne dépasse pas ordinairement une semaine.

Encéphalite. — On distingue aujourd'hui trois variétés d'encéphalite. 1° L'encéphalite interstitielle, périencéphalite diffuse ou paralysie générale progressive ; 2° l'encéphalite chronique ou sclérose de l'encéphale, et 3° l'encéphalite aiguë. La première variété appartient plutôt au domaine de l'aliénation mentale, tandis que la sclérose de l'encéphale est une maladie chronique caractérisée surtout par le bégayement et l'ataxie motrice, qui ne se confondrait pas avec la méningite aiguë. Pour la troisième variété (encéphalite aiguë) la marche est tout autre, et puisque les symptômes de la méningite sont plutôt ceux de l'encéphalite coexistante, on comprend que les deux affections aient à peu près le même aspect clinique. Le traumatisme, les affections osseuses du crâne, le voisinage d'une tumeur cérébrale, ou la pyohémie, causes les plus fréquentes de l'encéphalite sont aussi ceux de la méningite. Les symptômes peuvent être les mêmes et le diagnostic impossible.

Après le traumatisme la méningite primitive se montre du deuxième au dixième jour, celle qui est secondaire à l'ostéite primitive du septième au dix-huitième jour, ou

seulement vers le troisième ou quatrième mois quand elle est précédée d'ostéite chronique.

Mais dans ce cas l'encéphalite locale coexiste, et il n'est pas possible de faire aucune distinction. De même l'encéphalite produite par une affection osseuse du crâne, une tumeur cérébrale ou l'infection purulente ne diffère pas de la méningite compliquant les mêmes maladies. La fièvre, les accès de convulsions, les paralysies limitées aux nerfs crâniens, la céphalalgie et les vomissements, les vertiges et l'irritabilité pouvant exister dans les deux cas étant suivis de somnolence, de stupeur et de coma.

Quant à la méningite simple et généralisée le diagnostic est moins impossible. Ainsi « l'élévation plus grande de la température (à 40° et au delà), la constance de la céphalalgie et des vomissements, la vivacité du délire et la diffusion bilatérale des phénomènes spasmodiques auxquels succèdent des symptômes de paralysie ou de résolution également diffus » (Jaccoud) (1) distingueront cette maladie de l'encéphalite.

Tumeurs cérébrales. — Les tumeurs cérébrales produisent des symptômes qui ne peuvent guère se confondre avec ceux de la méningite. Leur marche est en général chronique, ce qui les différencie de la méningite aiguë et à marche rapide. L'une est une maladie apyrétique, l'autre est accompagnée de symptômes fébriles. Mais le tissu de l'encéphale qui entoure les tumeurs cérébrales peut être atteint de congestion phlegmasique, d'encéphalite ou de méningite (2), et dans ce cas des symptômes fébriles peuvent

(1) Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., t. XXII, p. 176.

(2) Ainsi Desault formula la loi suivante : « Les lésions ne sauraient « produire de symptômes que lorsqu'il survient de la congestion ou de « l'inflammation autour d'elle. » Ball. Dict. Encycl. des sciences méd. Art. Cerveau, p. 453.

se montrer, la paralysie ou les autres symptômes qui existent peuvent devenir plus intenses, étant parfois suivis du delire, du coma et de la mort. Si les symptômes précédents ne sont pas connus, la même difficulté existera ici par rapport au diagnostic que nous avons déjà signalée en parlant de l'encéphalite aiguë, et il sera impossible de dire si la complication de la maladie est une poussée congestive. de l'encéphalite ou de la méningite. Ordinairement cependant la céphalalgie, les vomissements, les vertiges, l'hémiplégie les paralysies partielles motrices ou sensitives, les troubles de la vue, de l'ouïe, ou de l'intelligence auront déjà montré l'existence d'une tumeur cérébrale. Les tubercules du cerveau peuvent s'accompagner de symptômes fébriles, la fièvre étant plutôt produite par la maladie générale, et par les autres manifestations tuberculeuses que par la tumeur cérébrale.

Coma épileptique. — Le coma épileptique étant précédé par la chute subite, le cri initial, la perte de connaissance et les convulsions cloniques, ne peut pas se confondre avec la méningite. Mais si les antécédents du malade sont inconnus, s'il est vu pour la première fois dans l'état comateux avec la température élevée à 38°, la cause du coma peut être méconnue. Dans l'épilepsie ancienne, les malades peuvent sans sortir du coma avoir de nouveaux accès convulsifs qui se répètent faisant place à un coma de plus en plus profond. Les convulsions, la température qui ne s'élève pas à plus de 39°. L'absence de contractures, de mâchonnement, de pouls et de respirations irréguliers, de paralysie locale, indiqueront que la méningite ne doit pas être la cause de l'état maladif.

Fièvre typhoïde. — Quoique dans les cas typiques cette

maladie se distingue sans difficulté de la méningite aiguë, il en est d'autres qui présentent tant de ressemblance avec cette maladie que la distinction est difficile, peut-être impossible. Ainsi dans la plupart des cas, le diagnostic se fera de la façon suivante. Dans la fièvre typhoïde:

1. La céphalalgie est moins intense (Jaccoud) (1), et ne persiste pas après le commencement du délire (Murchison) (2).

2. La langue est ordinairement sèche et brunâtre surtout quand la dothiénentérie se complique de délire intense (Murchison). Les vomissements sont rares ou absents.

3. La diarrhée remplace la constipation de la méningite.

4. La rétraction des parois abdominales ne s'observe pas (Hugtienin) (3).

5. Le tracé de la température est presque caractéristique de la maladie (Wunderlich) (4).

6. L'épitaxis, les taches rosées lenticulaires, la douleur et les gargouillements dans la fosse iliaque sont bien moins rares dans la fièvre typhoïde que dans la méningite.

7. La tuméfaction de la rate, les hémorrhagies intestinales n'ont pas lieu dans la méningite (Murchison).

8. Les mouvements convulsifs partiels (strabisme, trismus, soubresauts de tendons) n'existent pas dans les premiers jours de la dothiénentérie (Jaccoud).

9. Le malade est plus maussade dans la méningite ne voulant pas être touché, plus apathique dans la dothiénentérie (Murchison).

(1) Ibid., p. 179.
(2) Treatise on continued fevers. London, 1873, p. 594.
(3) Cyclopædia of the Pract. of medecine. Ziemssen, p. 572.
(4) Wunderlich. Sur la température dans les maladies, p. 294.

10. L'existence de la fièvre typhoïde dans la maison où le malade demeure serait une présomption vers cette maladie (Murchison).

11. L'examen ophthalmoscopique démontrerait l'absence de tubercules dans la choroïde (Murchison).

12. La respiration n'est pas irrégulière dans cette maladie (Trousseau).

Malheureusement ces signes distinctifs entre les deux maladies n'existent pas toujours, la céphalalgie intense. les vomissements, la constipation, le pouls irrégulier, contractures etc., de la méningite pouvant se rencontrer dans la dothiénentérie. Trousseau (1) a surtout insisté sur l'irrégularité de la respiration au sujet de laquelle Murchison (2) fait observer que quoiqu'elle puisse se trouver dans la fièvre typhoïde, elle est surtout l'indication de troubles cérébraux. M. Huguenin regarde la rétraction des parois abdominales, et la neurorétinite comme les meilleures indications de la méningite ; tandis que les taches rosées lenticulaires et l'hémorrhagie intestinale sont pour lui les symptômes les plus caractéristiques de la dothiénentérie (Huguenin) (3).

Cette hémorragie peut cependant se présenter dans la méningite tuberculeuse s'il existe des ulcères tuberculeux sur la membrane muqueuse de l'intestin (obs. IV).

Une méningite véritable peut compliquer la fièvre typhoïde, et dans ce cas la rémission matinale de la température ne s'observe plus (Jaccoud).

Trousseau a observé que la surdité d'un seul côté occa-

(1) Clinique médicale, t. II, p. 297.
(2) Ibid., p. 520.
(3) Ibid., p. 572.

sionnée souvent par une lésion du rocher est plus sérieuse que celle qui affecte les deux oreilles, et qu'elle peut déterminer de la méningite (1). Il rapporte un cas (2) de fièvre typhoïde compliquée de méningite granuleuse dans laquelle la persistance d'une céphalalgie intense après le commencement du délire, le strabisme, et la dilatation inégale des pupilles, étaient les seuls signes de cette complication. Il n'y avait ni vomissement, ni constipation opiniâtre et le délire était peu intense.

L'observation suivante montre les difficultés du diagnostic qui peuvent exister.

Observation VII.

Fièvre typhoïde à forme ataxique ayant pu se confondre avec une méningite aiguë. Mort. Autopsie.

H. H..., âgée de 16 ans, est entrée le 13 décembre 1879 dans le service du Dr Wilks à Guy's Hospital, Londres.

La malade a demeuré dans une auberge, chez sa tante. Ses parents souffrent parfois de la céphalalgie, mais la santé d'ailleurs est très-bonne. La malade a contracté pendant son enfance la rougeole. Il y a cinq semaines, elle était prise subitement pendant une promenade de céphalalgie et de douleur lombaire intenses et très-pénibles. Ces douleurs ont persisté pendant une demi-heure, et à partir de cette époque les douleurs de tête revenaient de temps en temps; des vomissements et une sensation de faiblesse inaccoutumée sont venus s'ajouter. Le 6 décembre, la céphalalgie était accompagnée de diarrhée et de douleur abdominale. Le délire existe depuis deux jours; il est très-intense et accompagné de cris et d'agitation. La malade a refusé les aliments, de sorte qu'il a fallu employer la force pour lui donner de la nourriture. Le médecin qui a vu la malade pendant les quatre derniers jours rapporte que sa

(1) Clin. médicale, t. I, p. 270.
(2) Union médicale, 6 août 1859.

température a varié entre 39,4 et 39,8 les matins et entre 39,8 et 40,2 les soirs.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle avait encore du délire. Les pupilles étaient dilatées, mais contractiles sous l'influence de la lumière. L'auscultation et la percussion ne révélaient rien d'anormal au poumon ou au cœur, et les dimensions du foie paraissaient normales. La rate débordait la dernière côte. La peau n'était le siége d'aucune éruption. Urine : pesanteur spécifique, 1,030, épaisse et chargée d'acide urique; elle contenait un peu d'albumine, mais point de sucre.

Le 14. La nuit dernière, la forme du délire fut telle que la malade criait fortement et éveillait toutes les malades de la salle. Le délire continue ce matin. P. 128, T. 38,2, Resp. 28.

1 h. 30, soir. L'examen ophthalmoscopique montre qu'il n'y a pas de trouble au fond de l'œil. P. 150, T. 39,5.

7 h. 30, soir. Le délire est toujours très-intense. Les yeux sont ouverts et brillants, les pupilles dilatées. Il n'y a pas de paralysie, les membres se meuvent presque continuellement. P. 140, T. 40,2, Resp. 48.

9 h. 30, soir. On lui a administré de la teinture d'opium (à prendre 2 gouttes quatre fois par jour), dont elle a pris 30 gouttes. A 6 h. 30 du soir, on lui fait une injection sous-cutanée de morphine, et à 9 h. du soir, le délire était remplacé par une somnolence, et les pupilles étaient contractées. Elle a pris un œuf, du lait et de l'eau-de-vie.

Le 15. Le délire est plus tranquille, et le pouls est plus fort. Les pupilles sont toujours contractées. Des fuliginosités sur les lèvres et sur les dents.

11 h. 30, matin. P. 140, T. 39, Resp. 25.

4 h., soir. Le délire continue, le pouls devient plus petit. Ne peut plus prendre d'aliments par la bouche. P. 164, T. 39,6, Resp. 28.

8 h. 15, soir. Le pouls est très-accéléré, faible et petit. Les mains et les pieds sont froids. Pas d'éruption sur la peau. P. 160, T. 40,8, Resp. 44.

Traitement : De la quinine.

11 h. soir. T. 40.

Le 16, 8 h. matin. Ce matin, il y a eu des vomissement, les matières vomies étaient constituées par un liquide noirâtre. L'intelli-

gence revient et la malade demande du lait. P. 134. T. 37,2, Resp. 32.

9 h., soir. P. 152, T. 38,2, Resp. 33.

Le 17. Le délire n'est pas continu étant interrompu par des moments de lucidité. P. 136, T. 37,8, Resp. 36.

Le 18. Le délire est plus intense. Evacuations involontaires de matières fécales et d'urine.

11 h. matin. P. 128, T. 37,4, Resp. 36.

9 h. 30, soir. Délire très-intense. P. 154, T. 38,2.

Le 19. La malade succombe tranquillement à 8 h. du matin.

Autopsie. Les membranes du cerveau et le cerveau lui-même paraissaient sains :

Poumons : Le poumon du côté droit était sain, mais le gauche était atteint de pneumonie lobulaire à sa base. Cœur sain. *Intestin.* Il y avait de la congestion dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, sa membrane muqueuse était d'une couleur ardoisée devenant moins foncée par degrés et plus normale en approchant du tiers moyen. Des ulcérations, les unes ovulaires, les autres de forme irrégulière se voyaient dans la même partie dont le plus grand nombre se voyaient à la partie inférieure de l'intestin grêle. Quelques ulcérations s'observaient aussi dans le gros intestin dans le voisinage de la valvule iléocœcale. Les ganglions mésentériques étaient augmentés de volume et ramollis, et un de ces ganglions présentait des points de suppuration. Le foie, les reins et la rate n'offraient rien à noter.

Typhus. — Le typhus ne se confond avec la méningite qu'à son début. L'éruption de taches d'un rose sale rappelant celles de la rougeole, entremêlées de taches sous-épidermiques plus pâles, les deux ensemble formant l'éruption muricolore de cette maladie, est caractéristique. Ce n'est donc qu'avant son apparition qui survient ordinairement du quatrième au septième jour que la méprise est possible. Pendant les premiers jours de l'affection, le typhus a tant de ressemblance avec les maladies cérébrales qu'au commencement de ce siècle, il était appelé par plusieurs au-

teurs « la fièvre cérébrale » et ses symptômes étaient regardés comme les conséquences de l'encéphalite.

Le diagnostic reposera sur les particularités suivantes :

1. La céphalalgie, le délire du typhus sont moins intenses. Les cris méningitiques ne s'entendent pas, la céphalalgie cesse presque toujours avant le commencement du délire.

2. Les nausées et les vomissements sont rares.

3. Le malade n'évite ni la lumière, ni les bruits, étant apathique, et la surdité est plus fréquente.

4. L'inégalité des pupilles, le strabisme et les contractures, ou paralysies partielles sont bien plus fréquentes dans la méningite que dans le typhus.

5. Le regard est hostile dans la méningite, hébété et insouciant dans le typhus.

6. Le pouls est ordinairement dur dans la méningite, mou et compressible dans le typhus.

Dans certains cas cependant, la céphalalgie, les vomissements, le regard hostile et le strabisme existent dans le typhus, et le diagnostic peut être très-difficile.

Pneumonie compliquée de symptômes cérébraux. — La pneumonie au début peut ressembier à la méningite aiguë. Le frisson initial, le point de côté, la toux quinteuse et la dyspnée feront penser ordinairement à la première maladie, mais chez les buveurs le délire alcoolique se montre parfois, détournant l'attention de l'observateur vers le cerveau. Le malade peut être calme, mais ordinairement il est emporté et furieux, troublé par des hallucinations de la vue et de l'ouïe, privé de sommeil et tourmenté par des visions étranges. Les membres et les lèvres sont agités de tremblement nerveux. Du délire peut survenir chez ceux qui ne boivent pas, peut-être à cause de la violence de l'af-

fection, puisqu'il se montre surtout dans la pneumonie double, et chez les vieillards plus souvent que chez les autres. Chez eux il est le plus souvent nocturne et tranquille. L'auscultation et la percussion de la poitrine démontreront le vrai caractère de la maladie, ainsi que l'absence de la photophobie, des contractures et des paralysies locales de la méningite ; l'hémiplégie qui se montre parfois chez les vieillards est plutôt produite par une thrombose marastique, ou par la nécrobiose, résultant de la faiblesse de l'action du cœur (1) et de l'altération des artères.

Le rhumatisme articulaire aigu compliqué de symptômes cérébraux. — Le « rhumatisme cérébral » peut présenter des symptômes qui ont tant de ressemblance à la méningite, que l'on a appelé cette complication la « méningite rhumatismale. » (Requin.)

« L'investigation » « nécroscopique » cependant « la plus minutieuse est le plus souvent inhabile à découvrir les altérations de l'encéphale et de ses membranes qui correspondent sans doute aux troubles fonctionnels qui se montrent. » (Ball) (2).

M. Trousseau reconnaît six formes de rhumatisme cérébral :

1° L'apoplectique, 2° la délirante, 3° la méningitique, 4° l'hydrocéphalique, 5° la convulsive, 6° la choréique, admettant cependant que rien ne justifie cette division que le besoin de la description (3).

Grisolle (4) décrit les formes suivantes : 1° La méningitique, 2° l'apoplectique, 3° la délirante, parlant ensuite de

(1) Jaccoud. Traité de path. int., t. I, p. 1032.
(2) Thèse de Paris, p. 77.
(3) Clinique médicale, t. II, p. 779.
(4) Path. int., t. II, p. 1000.

la folie rhumatismale sur laquelle Mesnet (1) avait fixé l'attention.

M. le professeur Ball (2) pense qu'il suffit de distinguer trois formes. Ainsi après avoir parlé des symptômes prodromiques qui peuvent se montrer, c'est-à-dire un « sentiment d'inquiétude, de crainte, et de terreur, » et la disparition des phénomènes articulaires, il décrit les formes méningitique et apoplectique, parlant aussi de l'aliénation mentale qui s'associe parfois au rhumatisme articulaire.

1° *Forme méningitique.* — La forme la plus fréquente de rhumatisme cérébral est caractérisée par du délire calme ou furieux, qui éclate brusquement et qui est accompagné d'un pouls rapide et de sueurs profuses.

Le professeur Ball comprend les formes convulsive et choréique de Trousseau dans cette catégorie. Le délire aboutit rapidement à la stupeur. Le professeur Trousseau (3) rappelle que les symptômes ne ressemblent que peu à la méningite puisque les phénomènes d'invasion, les vomissements, une céphalalgie « quelquefois horrible, » et la constipation ne s'observent jamais dans la prétendue forme méningitique de « rhumatisme cérébral, » tandis que le délire « remarquable par sa soudaineté et son aboutissement rapide à la stupeur est caractéristique.

2° *La folie rhumatismale.* — Une véritable aliénation mentale qui se montre plus souvent dans le rhumatisme articulaire subaigu ne doit pas se confondre avec la méningite aiguë.

3° *La forme apoplectique* est caractérisée par l'apparition rapide d'un coma profond se terminant rapidement par la mort. Ainsi avec ou sans prodromes, tels que la cé-

(1) Archives générales de médecine, 1855, cité par Grisolle.

(2) Id., p. 70.

(3) Ibid., p. 785.

phalalgie, les vertiges, ou le délire, les malades s'affaissent et meurent subitement, ou encore au bout de quelques heures, ou ils peuvent succomber plus tôt pendant un accès convulsif épileptiforme.

La première forme seulement doit se confondre avec la méningite aiguë, les deux autres n'ayant que peu de ressemblance à cette maladie. Nous avons déjà dit que les autopsies ne révèlent ordinairement rien d'anormal dans le cerveau ou les méninges.

Parfois cependant des altérations peuvent se montrer, ainsi le professeur Ball montre que l'on peut trouver des exudats inflammatoires dans les méninges, ou bien une congestion de la pie-mère ou une véritable hydrocéphalie ventriculaire (1), mais le plus ordinairement la cause anatomique des symptômes qui se présentent est inconnue.

Les causes prédisposantes des manifestations cérébrales sont aussi inconnues. La métastase, une prédisposition héréditaire aux maladies cérébrales (Trousseau) (2), l'hyperpyrexie, l'excitation constante du cerveau par les boissons alcooliques, la faiblesse constitutionnelle, la cachexie, les maladies cardiaques ou pulmonaires, un refroidissement, le sulfate de quinine, ont été tour à tour invoqués comme causes excitantes de cette complication. L'observation suivante est celle d'une femme atteinte de rhumatisme articulaire aigu chez laquelle cette complication paraissait produite par l'administration du salicylate de soude.

(1) Ibid. p. 77.
(2) Ibid., p. 793.

Observation VIII.

Rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate de soude.
Délire.

S. P., âgée de 17 ans, est entrée le 15 mai 1879 dans le service de M. le Dr Pye Smith à Guy's Hospital, Londres. Servante.

La malade commença à se trouver indisposée le 3 mai. Elle avait de la céphalalgie, de l'anorexie, et un sentiment de courbature, et le 6 mai elle observa que ses pieds, ses genoux étaient rouges et gonflés; le lendemain, l'épaule droite devenait douloureuse. Elle se présenta à l'hôpital, se plaignant de douleur dans ces mêmes articulations qui étaient d'une coloration rouge, les genoux et les pieds présentant de la tuméfaction.

En auscultant les poumons on entend des râles muqueux à la base. Percussion normale.

Cœur. — Un bruit de souffle s'entend à la pointe du cœur au premier temps.

Le foie et le rate ne présentent rien d'anormal.

Urine. Pesanteur spécifique 1020, ne contenant ni d'albumine, ni de sucre. P. 120; Resp. 32; T. 39,4.

20 mai. On lui a administré des médicaments alcalins (du citrate de potasse), mais aucune amélioration ne se présenta, et on a ordonné aujourd'hui du salicylate de soude à la dose de 1 gr. 3, toutes les deux heures. T. 37,8; soir T. 38,2.

Quand la malade eut pris ce médicament trois fois, elle eut des nausées et des vomissements, elle était agitée, et ne voulut plus rester au lit. Il survint du délire loquace et bruyant.

Le 21. L'urine contenait beaucoup d'albumine. P. 110; T. 37,4. Le délire est moins intense ce matin. Les vomissements ne se répètent pas. Ses idées sont parfois incohérentes. Elle ne connaît personne. Les pupilles sont dilatées. Pendant l'après-midi le délire est encore bruyant. Les articulations affectées ne sont ni rouges ni gonflées. On cesse de donner le salicylate de soude le soir. T. 37°.

Le 22. Le délire continue. Les pupilles sont dilatées et ne se contractent pas à la lumière.

L'urine n'est plus albumineuse. Pas de vomissements. Elle croit que quelqu'un se cache sous son lit. Pas de céphalalgie. P. matin 100; soir, 100. T. matin, 36,8; soir, 36,7. R. matin 24; soir, 22.

Ce soir elle va mieux, reconnaissant les personnes qui l'entourent.

Le 23. Elle a bien dormi ; le délire n'existe plus. P. 90 ; T. 36,9. Depuis ce moment amélioration et disparition du délire.

Alcoolisme aigu ou chronique. — Le délire de la méningite, surtout de la méningite aiguë, mais parfois de la méningite tuberculeuse, peut être furieux et bruyant, ressemblant à l'exaltation cérébrale de l'ivresse. Ce délire peut exister au début de la maladie accompagné d'agitation et de fièvre. Il y a des nausées, des vomissements, une démarche plus ou moins chancelante, et l'excitation est suivie de somnolence et de coma.

Dans l'ivresse, les commémoratifs et l'odeur alcoolique exhalée par le malade suffiront ordinairement pour démontrer le caractère de l'affection, et quoique le délire bruyant se montre accompagné de vomissements et de symptômes fébriles, ces symptômes sont éphémères, ne durant que quelques heures au plus, et étant bientôt suivis d'accablement et de somnolence dont la durée est à peine plus longue.

Les sueurs abondantes et l'absence de céphalalgie, de contractures ou de paralysies partielles serviront à distinguer cette maladie de la méningite.

L'alcoolisme chronique, après avoir débuté par de la tristesse et de l'inquiétude, présente du délire qui cependant n'est pas précédé de céphalalgie. Cette absence de céphalalgie, l'insomnie, le tremblement de la lèvre inférieure et des membres, peut-être le frémissement universel de M. Trousseau (1), la peur continuelle, les hallucinations de la vue et l'absence de contractures ou de paralysies partielles suffiront pour éclaircir le diagnostic.

(1) Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu Paris, t. II, p. 362.

Urémie. — L'urémie (οὖρον, urine, αἷμα sang) peut déterminer des symptômes très ressemblants à ceux de la méningite aiguë. L'urémie produite par un obstacle mécanique qui entrave l'excrétion urinaire s'observe surtout dans les affections chirurgicales ; elle peut encore résulter d'une affection rénale. L'urémie produit des accidents cérébro-spinaux pouvant faire penser à une affection cérébrale ou méningée. La perte de connaissance, les convulsions générales épileptiformes qui se répètent, la somnolence, le coma, et rarement des contractures ou du délire, semblent bien annoncer une maladie du cerveau. Le diagnostic se fera :

1° Par les circonstances dans lesquelles la maladie se montre, c'est-à-dire l'existence de la néphrite, de la suppression totale ou partielle de l'urine, et de l'albuminurie.

2° Par l'absence de fièvre.

3° Par l'absence de paralysie motrice ; dans l'urémie il n'y a jamais de paralysies limitées.

M. Jaccoud (1) a expliqué que quand l'urémie est produite par résorption se rattachant à une maladie des uretères, de la vessie (surtout la cystite), ou de l'urèthre entravant l'excrétion urinaire, l'état typhoïde se montre ; la langue et les dents deviennent fuligineuses. l'urine et l'air expiré contiennent de l'ammoniaque. Le caractère ammoniacal de l'urine et de l'air expiré, dans ce cas, s'ajoutera aux moyens diagnostiques. Si la maladie rénale se complique de pneumonie, de péricardite, de pleurésie ou d'autre lésion inflammatoire, etc., il y aura de la fièvre.

L'observation suivante est un exemple des difficultés qui peuvent se présenter dans le diagnostic de cette affection.

(1) S. Jaccoud. Traité de path. int., t. II, p. 442.

Observation IX.

Néphrite interstitielle. Mort par urémie à forme méningitique. Autopsie.

R. E., âgé de 14 ans, est entré le 20 décembre 1878 dans le service de M. le Dr Wilks à Guy's Hospital, Londres.

Pas de maladie héréditaire dans la famille, ni syphilis, ni phthisie, ni rhumatisme.

Pendant son enfance il a eu la rougeole, et il y a deux ans la scarlatine. En dehors de ces maladies il a joui d'une bonne santé jusqu'à l'année dernière.

Sa famille a remarqué que pendant quelques mois il ne s'est pas bien porté, sans accuser de symptômes bien caractérisés. Il y a trois mois il s'est plaint de l'estomac, de douleur dans la région épigastrique. Cette douleur n'a duré que quelques jours, mais six semaines plus tard elle est revenue plus intense. Il avait en même temps de la céphalalgie, cette douleur ne l'ayant quitté qu'il y a neuf jours quand le mal de tête a été remplacé par des nausées et des vomissements continus.

14 décembre. Il survenait encore de la céphalalgie, et les vomissements sont devenus incessants, le malade gémissant à cause de la douleur. Ces symptômes ont continué le lendemain et depuis le 17 décembre il a resté au lit.

Le 19. Il a eu du tremblement des mains, de l'écume sur les lèvres et du grincement des dents. Des accès présentant ces symptômes revenaient plusieurs fois pendant la nuit, et pendant leur durée il était sans connaissance. Le lendemain il était insensible, vomissant souvent, gémissant de temps en temps, et la respiration était parfois suspirieuse. Cet état a continué jusqu'à son entrée à l'hôpital. La constipation a existé depuis le commencement de la maladie. Il n'y avait ni écoulement par l'oreille, ni autre indication d'otite. Pas de coup ou de blessure.

A son entrée à l'hôpital, le garçon était pâle et amaigri. Sans connaissance, il gémissait souvent et il semblait anesthésique au palper. Les pupilles étaient dilatées et insensibles à la lumière. La langue était propre. Mâchonnement dentaire fréquent. La respiration était lente et entrecoupée d'intervalles pendant lesquels le

malade ne respirait pas, cet intervalle étant suivi de respiration rapide et souvent ronflante.

Poumons. — Auscultation et percussion normales.

Cœur. — Il y avait une voussure de la région précordiale, et cette région donnait à la percussion un son mat dont l'étendue était augmentée ; la pointe du cœur déviée à gauche soulevait le 6e espace intercostal. L'impulsion du cœur était augmentée. Le premier bruit du cœur était prolongé au-dessus de la pointe, le deuxième bruit étant clair et distinct.

L'abdomen était retracté. Foie et rate normaux. P. 130 irrégulier. T. 37,4. Resp. 8-12. Traitement, du lait, du cognac.

12 h. 30 P. M. Tête renversée. Il se tient à genoux sur le lit et cache sa tête dans l'oreiller qu'il tient dans ses mains.

2 h. 30 P. M. Il vient d'avoir un accès comateux accompagné de mouvements convulsifs des bras, du corps et de la face, et suivi de respiration ronflante. P. 160. T. 37. 6.

Le 21. Plusieurs accès convulsifs pendant la nuit, du nystagmus. P. 130, T. 37,2, Resp. 16.

Le 22. Pendant la nuit il a eu plusieurs accès convulsifs, et ce matin un accès pendant lequel les mouvements se présentaient sur tout du côté droit. Pas de paralysie motrice. La sensibilité est émoussée. Au moyen de l'ophthalmoscope, on voyait seulement que les vaisseaux de la papille étaient plus petits. Pendant la journée les accès convulsifs eurent lieu plusieurs fois se présentant surtout du côté gauche. De l'œdème sur la région lombaire.

Le 23. Encore des accès convulsifs pendant la nuit. Il semble moins insensible ce matin et approche la tête quand on lui parle. Les muscles cervicaux postérieurs sont rigidement contractés. Incontinence d'urine. P. 108. T. 37, Resp. 24.

Le 24. Après être devenu plus comateux il succomba ce matin.

Autopsie. Le cerveau et les méninges paraissent sains. Quelques-unes des artères sont athéromateuses, surtout l'artère basilaire et les artères vertébrales.

Poumons. Un peu de congestion aux deux bases.

Cœur. Le ventricule gauche est très-hypertrophié, et ses fibres musculaires paraissent pâles et graisseuses.

Le ventricule droit est sain.

Les reins sont contractés et granuleux à leur surface, présentant manifestement les caractères de la néphrite interstitielle.

Organes digestifs. L'intestin grèle paraît congestionné à la partie inférieure.

Le foie, la rate paraissent sains.

La méningite à marche aiguë ne se montre que très-rarement chez les vieillards. Durand-Fardel dit à ce sujet (1) : « Nous avons réuni à grand'peine onze observations de méningite aiguë chez les vieillards;... c'est une maladie peu connue dans la vieillesse et qui ne paraît pas emprunter à un âge avancé de caractères très-particuliers. » On a reconnu cependant que le début est plus insidieux, les symptômes réactionnels moins accusés, et que plusieurs jours peuvent se passer sans que la maladie soit reconnue, même par ceux qui sont versés dans les maladies des vieillards (2). Le pouls, les organes digestifs ne paraissent pas affectés au début, et les symptômes se bornent au système nerveux, n'étant que peu marqués. On observe de la céphalalgie, qui peut être absente, ou un changement de caractère, et le malade devenant maussade; la perte de la mémoire, la lenteur de l'intelligence s'observent accompagnées de prostration et de tremblement musculaire. Au bout de un ou deux jours des symptômes fébriles se montrent, la température s'élève et elle paraît augmentée au cuir chevelu. De la somnolence et parfois du délire s'observent, et la langue devient sèche et brunâtre. Enfin, la somnolence se change en coma et le malade succombe.

M. Jaccoud (3) a observé que, chez les vieillards, la méningite se confondrait surtout avec la fièvre typhoïde dont nous avons déjà parlé. Les symptômes qui démontrent

(1) Maladie des vieillards, p. 61.
(2) Aitken, Outlines of the science and practice of medicine, p. 529.
(3) Ibid., p. 174.

une maladie de l'encéphale sont peu caractéristiques, et cette méprise est facile à comprendre. La chaleur augmentée du cuir chevelu, l'injection et la rougeur des conjonctives seront peut-être les seuls symptômes qui démontrent l'inflammation des méninges, et puisque la maladie est très-rare le praticien pensera plutôt à l'existence d'une autre maladie.

RÉSUMÉ.

Nous avons parcouru les différentes périodes de la vie, en rappelant les variétés de méningite aiguë qui peuvent s'observer à chaque âge, et en considérant les maladies principales qui pourraient se confondre avec cette affection.

Nous avons parlé de la méningite tuberculeuse et de ses symptômes dits caractéristiques, et ensuite nous avons regardé les maladies qui ont avec elle quelque analogie.

Ainsi, nous avons trouvé que, dans le premier âge, la méningite aiguë, à forme convulsive, est fréquente; qu'elle se confond surtout avec d'autres maladies fébriles qui sont accompagnées de convulsions, et nous avons rappelé la difficulté qui peut exister par rapport au diagnostic, et les moyens qui servent à distinguer la maladie.

Ensuite, nous avons dit quelques mots des maladies qui peuvent surtout se confondre avec la méningite de cet âge, c'est-à-dire les hémorrhagies méningées, la pneumonie lobaire aiguë et la fièvre intermittente.

Puis, nous avons considéré la méningite tuberculeuse, et après avoir rappelé quelques symptômes auxquels une importance capitale est attachée par certains auteurs nous avons parlé des maladies qu'il faudrait distinguer de cette

affection. Nous avons divisé ces maladies suivant qu'elles peuvent être confondues à telle ou telle époque de la méningite tuberculeuse. Ainsi, l'hydrocéphalie aiguë, la maladie hydrocéphaloïde de Marchall Hall, la thrombose des sinus de la dure-mère, la dentition difficile, les troubles digestifs, la fièvre typhoïde et les exanthèmes, la pneumonie et la tuberculose des autres organes, seraient les principales maladies qu'il faudrait distinguer à la première période, tandis que l'encéphalite, l'infection purulente et les tumeurs cérébrales pourraient produire des symptômes ressemblant plutôt à ceux de la maladie à une période plus avancée. Nous avons rappelé la ressemblance entre les symptômes de ces maladies et ceux de la méningite tuberculeuse, et les moyens que l'on doit suivre pour arriver au diagnostic.

Chez l'adulte, nous avons considéré les différentes variétés de méningite aiguë qui peuvent se présenter : la variété tuberculeuse, la méningite basilaire simple, la méningite de la convexité produite par une cause inconnue, ou par une inflammation de voisinage, la méningite métastatique et la méningite traumatique. Nous avons parlé ensuite des maladies avec lesquelles ces formes de méningite pourrraient se confondre, en les divisant en maladies cérébrales comprenant l'encéphalite, les tumeurs cérébrales et le coma épileptique; et les maladies générales comprenant la fièvre typhoïde, le typhus, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu compliqués de symptômes cérébraux, l'alcoolisme aigu ou chronique et l'urémie.

Enfin, nous avons dit quelques mots de la méningite aiguë chez le vieillard, qui est fort rare et qui se confondrait surtout avec la fièvre typhoïde.

Paris.—A. Parent. Imp. de la Faculté de Médecine, r. M.-le-Prince, 29-31.

13 →